

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y
propuesta de una tipología**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Alicia Pérez Rodríguez

Directores

Natalia Redondo Rodríguez

José Luis Graña Gómez

Victoria de Felipe García-Bardón

Madrid, 2018

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Psicología



**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ESTUDIO DE
VARIABLES CLÍNICAS Y PROPUESTA DE UNA TIPOLOGÍA**

Tesis Doctoral

Autora: ALICIA PÉREZ RODRÍGUEZ

Directores

Natalia Redondo Rodríguez

José Luis Graña Gómez

Victoria de Felipe García-Bardón

MADRID, 2017

AGRADECIMIENTOS

Para comenzar, quiero dar las gracias a todos aquellos pacientes que han participado en el proyecto y lo han hecho posible. Mi más sincero agradecimiento por vuestro tiempo y colaboración. Sin vosotros esta tesis no habría sido posible. Espero humildemente poder contribuir al conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, en su génesis y, por supuesto, en su tratamiento.

En segundo lugar, agradecer a mis directores de tesis: Victoria de Felipe García-Bardón, gracias por animarme a iniciar este proyecto, gracias por tu energía y ganas de mejorar, gracias por estar ahí en los momentos buenos y en los malos. José Luis Graña Gómez, gracias por haber confiado en mi capacidad, por tus consejos y por transmitirme tu saber como profesor, investigador y como profesional. Natalia Redondo Rodríguez, gracias por todo, has sido mi ángel de la guarda en este largo camino.

También me gustaría agradecer a todos mis compañero/as del Hospital Universitario de Guadalajara su apoyo. Gracias por vuestra confianza, por ayudarme a crecer, por animarme cuando todo se tiñe de negro y por hacer que cada día con vosotros sea una aventura. Especial agradecimiento a mi compañero y amigo Jósean, por todas esas risas y lágrimas.

No me puedo olvidar de mis amigas, esas de toda la vida y aquellas que han llegado después. Sin vuestras risas y desconexiones momentáneas todo hubiera sido más difícil. Amigas, gracias. Débora, no sé si incluirte dentro de los compañeros, amigos, familia... porque has cumplido todas las funciones y más. GRACIAS por todo.

Por último, quiero dar las gracias a mi familia. En especial a mi madre, gracias por enseñarme que el esfuerzo es la llave de los sueños y que si de verdad quieres algo debes luchar por ello. Marta, hermanita, gracias por ser la persona que mejor sabe sacarme una sonrisa, esa que tanto he necesitado últimamente. Y al resto de mi familia, agradeceros vuestro apoyo y disculpadme por tantos ratos robados debido a mis quehaceres.

A las mujeres,

"La mujer, tal como es, es un individuo completo: la transformación no debe producirse en ella, sino en cómo ella se ve dentro del universo y en cómo la ven los otros".

Carla Lonzi

Índice

Abreviaturas.....	X
Índice de tablas	XI
Índice de gráficos	XX
Índice de figuras	XXI
Resumen.....	XXIII
Summary.....	XXIX
Presentación.....	XXXIII

PARTE PRIMERA

Fundamentos teóricos

Capítulo 1: Trastornos de la conducta alimentaria (TCA): situación actual	3
1.1. Introducción	5
1.2. Historia de los trastornos de la conducta alimentaria	7
1.3. Conceptualización actual y criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria	11
1.3.1. Conceptualización actual	11
1.3.2. Criterios diagnósticos.....	13
1.3.2.1. <i>Anorexia nerviosa</i>	15
1.3.2.2. <i>Bulimia nerviosa</i>	18
1.3.2.3. <i>Trastorno por atracón</i>	21
1.3.2.4. <i>Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos “especificado” y “no especificado”</i>	24
1.3.2.5. <i>Crítica a los métodos diagnósticos</i>	24
1.4. Diagnóstico diferencial los trastornos de la conducta alimentaria.....	28
1.4.1. <i>Anorexia nerviosa</i>	28

1.4.2. Bulimia nerviosa.....	29
1.4.3. Trastorno por atracón	30
1.5. Curso, evolución y pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria.....	30
1.5.1. Anorexia nerviosa.....	30
1.5.2. Bulimia nerviosa.....	32
1.5.3. Trastorno por atracón	33
1.6. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria.....	34
1.6.1. Anorexia nerviosa.....	35
1.6.2. Bulimia nerviosa.....	36
1.6.3. Trastorno por atracón	37
1.7. Resumen.....	39
Capítulo 2. Evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria.....	42
2.1. Introducción	44
2.2. Áreas a evaluar en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria	44
2.2.1. Historia clínica o anamnesis y examen de estado actual.....	46
2.2.2. Exploración de áreas física, emocional, conductual, cognitiva y de la imagen corporal.....	47
2.2.2.1. <i>Exploración física</i>	47
2.2.2.2. <i>Exploración emocional</i>	49
2.2.2.3. <i>Exploración conductual</i>	50
2.2.2.4. <i>Exploración cognitiva</i>	50
2.2.2.5. <i>Exploración de la imagen corporal</i>	50
2.2.3. Evaluación familiar	52
2.3. Instrumentos específicos para valorar la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria	52
2.3.1. Entrevistas.....	52

2.3.2. Instrumentos de autoinforme	54
2.3.3. Autoobservación: registros.....	59
2.4. Instrumentos para valorar otras áreas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria	60
2.4.1. Instrumentos para evaluar características de personalidad	61
2.4.2. Instrumentos para evaluar la sintomatología depresiva	63
2.4.3. Instrumentos para evaluar la sintomatología ansiosa	64
2.4.4. Instrumentos para evaluar autoestima	65
2.4.5. Instrumentos para evaluar asertividad.....	66
2.4.6. Instrumentos para evaluar alexitimia.....	67
2.4.7. Instrumentos para estilos parentales	68
2.4.8. Instrumentos para evaluar agresividad.....	69
2.4.9. Instrumentos para evaluar impulsividad.....	70
2.4.10. Instrumentos para evaluar calidad de vida	71
2.4.11. Instrumentos para evaluar las relaciones sociales	71
2.4.12. Instrumentos para valorar la sensibilidad a la ansiedad.....	73
2.4.13. Instrumentos para evaluar obsesividad.....	73
2.5. Resumen.....	74
Capítulo 3. Trastornos de la conducta alimentaria: variables relacionadas.....	76
3.1. Introducción	78
3.2. Trastornos de la conducta alimentaria y variables sociodemográficas	81
3.2.1. Sexo.....	81
3.2.2. Edad	81
3.2.3. Diagnósticos y subtipos diagnósticos.....	82
3.2.4. Nivel socioeconómico	82
3.2.5. Raza.....	83

3.2.6. Antecedentes familiares	83
3.2.7. Uso de Internet	83
3.3. Trastornos de la conducta alimentaria y sucesos vitales estresantes	85
3.4. Trastornos de la conducta alimentaria y estilos parentales.....	88
3.5. Otros rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria.....	92
3.6. Área del componente emocional.....	96
3.6.1. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y ansiedad.....	96
3.6.2. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y depresión	98
3.6.3. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y sensibilidad a la ansiedad	100
3.7. Área de componente conductual	101
3.7.1. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y asertividad	101
3.7.2. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y alexitimia	103
3.7.3. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), impulsividad y agresividad	104
3.8. Área de autopercepción	107
3.8.1. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y calidad de vida.....	107
3.8.2. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y apoyo social percibido	108
3.8.3. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y autoestima.....	109
3.9. Resumen.....	110

Capítulo 4. Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad

.....,	112
4.1. Introducción	114
4.2. Conceptualización sobre los trastornos de la personalidad	115
4.3. El modelo bisocial-evolucionista sobre la personalidad de Millon	118
4.4. Comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos la de personalidad.....	125

4.5. Comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y anorexia nerviosa	129
4.6. Comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y la bulimia nerviosa.....	131
4.7. Comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y el trastorno por atracón	134
4.8. Resumen.....	134
Capítulo 5. Tipologías en los trastornos de la conducta alimentaria	135
5.1. Introducción	137
5.2. Tipologías en trastornos de la conducta alimentaria en función de las características de personalidad.....	137
5.3. Tipologías en trastornos de la conducta alimentaria en función de otras variables clínicamente relevantes	148
5.4. Capacidad explicativa de las distintas variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria	152
5.5. Implicaciones de las tipologías de los trastornos de la conducta alimentaria	154
5.6. Resumen.....	155
 PARTE SEGUNDA Investigación empírica 	
Capítulo 6. Objetivos e hipótesis.....	159
6.1. Objetivos e hipótesis	161
Capítulo 7. Método.....	168
7.1. Condiciones generales, protección de datos y normativa legal.....	170
7.1.1. Procedimiento para asignación de numeración de pacientes	170
7.2. Participantes	171
7.3. Diseño.....	178
7.4. Medidas	187

7.5. Procedimiento.....	195
7.6. Análisis estadístico.....	197
Capítulo 8. Resultados	202
8.1. Descriptivos: variables clínicas relevantes.....	204
8.2. Acontecimientos vitales estresantes según los criterios de agrupación del eje IV del DSM-IV-TR	209
8.2.1. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en infancia-adolescencia.....	209
8.2.2. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en la edad adulta	211
8.2.3. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en año previo al inicio de sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria	212
8.3. Diferencias entre los tres grupos diagnósticos (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno no especificado por atracón) en variables clínicas	214
8.3.1. Área de patrones de personalidad y trastornos clínicos según el Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) según el grupo diagnóstico.....	215
8.3.2. Área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) según el grupo diagnóstico.....	216
8.3.3. Área de variables con componente emocional según del grupo diagnóstico.....	217
8.3.4. Área de variables con componente conductual según el grupo diagnóstico.....	219
8.3.5. Área de variables de autopercepción según el grupo diagnóstico.....	221
8.4. Diferencias entre los cinco subtipos diagnósticos (anorexia nerviosa restrictiva, anorexia nerviosa compulsivo/purgativa, bulimia nerviosa purgativa, bulimia nerviosa no purgativa y trastorno no especificado por atracón) en variables clínicas.....	224
8.4.1. Área de patrones de personalidad y trastornos clínicos según el Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) según el subtipo diagnóstico	225
8.4.2. Área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) según el subtipo diagnósticos	227

8.4.3. Área de variables con componente emocional según el subtipo diagnóstico.....	228
8.4.4. Área de variables con componente conductual según el subtipo diagnóstico	230
8.4.5. Área de variables de autopercepción según el subtipo diagnóstico	233
8.5. Tipología de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en función de las características psicológicas de las participantes	235
8.5.1. Diferencias entre los tres grupos de conglomerados obtenidos (sobrecontrolado, subcontrolado y alto funcionamiento) en variables clínicas	244
8.5.1.1. Área de patrones de personalidad y trastornos clínicos según el Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) según el conglomerado de pertenencia	244
8.5.1.2. Área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) según el conglomerado de pertenencia	249
8.5.1.3. Área de variables con componente emocional según el conglomerado de pertenencia.....	252
8.5.1.4. Área de variables con componente conductual según el conglomerado de pertenencia.....	254
8.5.4.5. Área de variables de autopercepción según el conglomerado de pertenencia	258
8.6. Análisis discriminante	261
8.6.1. Análisis discriminante con las mismas variables incluidas en la formación de los conglomerados	261
8.6.2. Análisis discriminante de área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-2 (EDI-2).....	266
8.6.3. Análisis discriminante de área de componente emocional.....	270
8.6.4. Análisis discriminante de área de componente conductual	273

8.6.5. Análisis discriminante de área de la autopercepción.....	277
8.6.6. Análisis discriminante con todas las variables valoradas en la muestra de estudio.....	280
Capítulo 9. Discusión	286
9.1. Introducción	288
9.2. Análisis de variables sociodemográficas y variables consideradas relevantes en relación con los trastornos de la conducta alimentaria.....	288
9.3. Estudio de los acontecimientos vitales estresantes en periodos temporales: infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria	293
9.3.1. Acontecimientos vitales estresantes en infancia-adolescencia.....	VII
9.3.2. Acontecimientos vitales estresantes en la edad adulta	296
9.3.3. Acontecimientos vitales estresantes en año previo al inicio de sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria.....	297
9.4. Comparaciones entre entidades diagnósticas	300
9.4.1. Comparación con tres grupos diagnósticos	302
9.4.2. Comparaciones con cinco subtipos diagnósticos	304
9.5. Tipología en trastornos de la conducta alimentaria.....	308
9.5.1. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes según los conglomerados a través del Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) según el conglomerado de pertenencia.....	314
9.5.2. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes según los conglomerados a través del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)	316
9.5.3. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes según los conglomerados en relación con las pruebas que valoran el área emocional	317
9.5.4. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes según los conglomerados en relación con las pruebas que valoran el área conductual	319

9.5.5. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes según los conglomerados en relación con las pruebas que valoran el área de auto-percepción	322
9.6. Estudio de modelos sobre el peso de las distintas variables en la clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria	323
9.6.1. Análisis discriminante con las mismas variables utilizadas en los conglomerados.....	324
9.6.2. Análisis discriminante de área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2.....	325
9.6.3. Análisis discriminante de área de componente emocional.....	326
9.6.4. Análisis discriminante de área de componente conductual	327
9.6.5. Análisis discriminante del área de la autopercepción.....	327
9.6.6. Análisis discriminante con todas las variables valoradas en la muestra de estudio.....	328
9.7. Limitaciones del presente estudio	330
9.8. Aportaciones e investigaciones futuras	333
Referencias bibliográficas	336
Anexo: Consentimiento informado y protocolo de evaluación	416

ABREVIATURAS

AN: Anorexia nerviosa

ANR: Anorexia nerviosa subtipo restrictivo

ANP: Anorexia nerviosa subtipo purgativo

AVE: Acontecimientos vitales estresantes

BN: Bulimia nerviosa

BNC: Bulimia nerviosa subtipo compulsivo

BNNP: Bulimia nerviosa no purgativa

IMC: Índice de masa corporal

TA: Trastorno por atracón

TCA: Trastorno de la conducta alimenticia

TCANE: Trastornos de la conducta alimentaria no especificados

TP: Trastorno de la personalidad

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo

TLP: Trastornos límite de la personalidad

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo 1: Trastornos de la conducta alimentaria (TCA): Situación actual	3
Tabla 1.1. Resumen de hitos históricos sobre los trastornos de la conducta alimentaria.....	11
Tabla 1.2. Agrupaciones diagnósticas en los trastornos de la conducta alimentaria según los principales manuales de clasificación diagnóstica	14
Tabla 1.3. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. DSM-IV-TR (APA, 2002)...	15
Tabla 1.4. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. DSM-5 (APA, 2013)	16
Tabla 1.5. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. CIE-10 (OMS, 1992).....	17
Tabla 1.6. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa atípica. CIE-10 (OMS, 1992)	18
Tabla 1.7. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa. DSM-IV-TR (APA, 2002)	19
Tabla 1.8. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa. DSM-5 (APA, 2013).....	19
Tabla 1.9. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa. CIE-10 (OMS, 1992)	21
Tabla 1.10. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa atípica. CIE-10 (OMS, 1992)21	
Tabla 1.11. Criterios diagnósticos para la investigación del trastorno por atracón DSM-IV-TR (APA, 2002).....	22
Tabla 1.12. Criterios diagnósticos del trastorno por atracón. DSM-5 (APA, 2013) ...	23
Tabla 1.13. Listado de variables dimensionales epidemiológicas en anorexia nerviosa. Tomado de Chinchilla, A. (1995)	36
Tabla 1.14. Listado de variables dimensionales epidemiológicas en bulimia nerviosa. Tomado de Chinchilla, A. (1995).....	37
 Capítulo 2: Evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria.....	 42
Tabla 2.1. Clasificación y significado del IMC en adultos	48

Capítulo 3: Trastornos de la conducta alimentaria: variables relacionadas	76
Tabla 3.1. Anorexia y bulimia nerviosas: variables dimensionales epidemiológicas	
.....	84
 Capítulo 4: Trastornos de la conducta alim.entaria y personalidad.....	112
Tabla 4.1. Los 8 patrones básicos de personalidad con respecto a las tres polaridades (adaptado de Widiger, 1999)	119
Tabla 4.2. Clasificación de Millon de los trastornos de la personalidad del DSM-III-R desde la perspectiva del modelo evolutivo (Millon, 1990)	121
 Capítulo 5: Tipologías en los trastornos de la conducta alimentaria	135
Tabla 5.1. Resumen de estudios sobre tipologías en trastornos de la conducta alimentaria en función de las características de personalidad	147
Tabla 5.2. Resumen de estudios sobre tipologías en trastornos de la conducta alimentaria en función de otras variables clínicamente relevantes	151
 Capítulo 7: Método	168
Tabla 7.1. Criterios de inclusión para la investigación	171
Tabla 7.2. Criterios de exclusión para la investigación.....	171
Tabla 7.3. Tabla general de variables socio-demográficas.....	177
Tabla 7.4. Resumen de criterios del eje IV del DSM-IV, problemas psicosociales y ambientales (APA, 1994)	180
Tabla 7.5. Variables independientes, tipos y subtipos diagnósticos	182
Tabla 7.6. Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	183
Tabla 7.7. Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	183
Tabla 7.8. Criterios para el diagnóstico del trastorno de la conducta alimentaria no especificado según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	184

Tabla 7.9. Criterios para el diagnóstico del trastorno por atracón según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	184
Tabla 7.10. Resumen de protocolo de evaluación utilizado.....	188
Capítulo 8: Resultados.....	202
Tabla 8.1. Número y tipo de traslados de la muestra estudiada	204
Tabla 8.2. Apoyo familiar percibido	205
Tabla 8.3. Especificaciones diagnósticas	206
Tabla 8.4. Conductas de compensación	206
Tabla 8.5. Otros diagnósticos	207
Tabla 8.6. Tratamientos previos	208
Tabla 8.7. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en infancia-adolescencia.....	210
Tabla 8.8. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en edad adulta	212
Tabla 8.9. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en año previo al inicio de síntomatología	214
Tabla 8.10. Diferencias en la variable edad en función de los grupos diagnósticos	215
Tabla 8.11. Diferencias en patrones de personalidad y trastornos clínicos según el Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) en función de los tres grupos.....	216
Tabla 8.12. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) en función de los grupos diagnósticos	217
Tabla 8.13. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de ansiedad estado-rasgo (STAI) en función del grupo diagnóstico.....	218
Tabla 8.14. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de depresión de Beck (BDI) en función del grupo diagnóstico	218
Tabla 8.15. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3) en función del grupo diagnóstico	219

Tabla 8.16. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS) en función del grupo diagnóstico	219
Tabla 8.17. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en función del grupo diagnóstico	220
Tabla 8.18. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Cuestionario de Agresión (AQ) en función del grupo diagnóstico	220
Tabla 8.19. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de impulsividad de Plutchnik (IE) en función del grupo diagnóstico	221
Tabla 8.20. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Perfil de Salud de Nottingham (NHP) en función del grupo diagnóstico.....	222
Tabla 8.21. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales (DUFSS) en función del grupo diagnóstico	222
Tabla 8.22. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR) en función del grupo diagnóstico	223
Tabla 8.23. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Instrumento de lazos parentales (PBI) en función del grupo diagnóstico	223
Tabla 8.24. Diferencias en edad en función del subgrupo diagnóstico	224
Tabla 8.25. Diferencias en Patrones de personalidad valorados a través del Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) en función de los subgrupos diagnósticos	225
Tabla. 8.26. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) según el subtipo diagnóstico	227
Tabla 8.27. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en función del subtipo diagnóstico	229
Tabla 8.28. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de depresión de Beck (BDI) en función del subtipo diagnóstico.....	229
Tabla 8.29. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3) en función del subtipo diagnóstico.....	230

Tabla 8.30. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS) en función del subtipo diagnóstico.....	231
Tabla 8.31. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en función de los subtipos diagnósticos.....	231
Tabla 8.32. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Cuestionario de Agresión (AQ) en función de los subtipos diagnósticos	232
Tabla 8.33. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de impulsividad de Plutchnik (IE) en función de los subtipos diagnósticos.....	232
Tabla. 8.34. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Perfil de Salud de Nottingham (NHP) en función del subtipo diagnóstico	233
Tabla. 8.35. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales (DUFSS) en función de los subtipos diagnósticos.....	234
Tabla 8.36. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR) en función del subtipo diagnóstico	234
Tabla. 8.37. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Instrumento de lazos parentales (PBI) en función del subtipo diagnóstico.....	235
Tabla 8.38. Distribución de variables sociodemográficas y diagnóstico en función del conglomerado de pertenencia.....	237
Tabla 8.39. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes, en variables psicológicas utilizadas para la obtención de los conglomerados de pertenencia en función de los Patrones de personalidad utilizados del Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III)	240
Tabla 8.40. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes, en variables psicológicas utilizadas para la obtención de los conglomerados de pertenencia, en función de las subescalas del Instrumento de lazos parentales (PBI)	241
Tabla 8.41. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes, en variables psicológicas utilizadas para la obtención de los conglomerados de pertenencia, en función de los acontecimientos vitales estresantes	241

Tabla 8.42. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes a través de Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III)	245
Tabla 8.43. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes a través del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)	250
Tabla 8.44. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes a través del Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	252
Tabla 8.45. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	253
Tabla 8.46. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3).....	254
Tabla 8.47. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes a través de la escala de Asertividad de Rathus (RAS)	255
Tabla 8.48. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes a través de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)	255
Tabla 8.49. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Cuestionario de Agresión (AQ).....	256
Tabla 8.50. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones de la Escala de impulsividad de Plutchnik (EI).....	257
Tabla 8.51. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Perfil de Salud de Nottingham (NHP).....	259
Tabla 8.52. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales (DUFSS).....	260
Tabla 8.53. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones de la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR)	260
Tabla 8.54. Variables introducidas en las funciones discriminantes con las mismas variables utilizadas en los conglomerados	262
Tabla 8.55. Funciones discriminantes con las mismas variables utilizadas en los conglomerados	263

Tabla 8.56 Cargas discriminantes de las variables incluidas en las funciones discriminantes con las mismas variables utilizadas en los conglomerados	263
Tabla 8.57. Centroides de las funciones con las mismas variables utilizadas en los conglomerados	264
Tabla 8.58. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N° de los grupos con las mismas variables utilizadas en los conglomerados	265
Tabla 8.59. Coeficientes de la función de clasificación con las mismas variables utilizadas en los conglomerados	265
Tabla 8.60. Variables introducidas en las funciones discriminantes con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2	266
Tabla 8.61. Funciones discriminantes con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2	267
Tabla 8.62. Cargas discriminantes de las variables incluidas en las funciones discriminantes con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2	268
Tabla 8.63. Centroides de las funciones con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2	268
Tabla 8.64. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N° de los grupos, con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2.....	269
Tabla 8.65. Coeficientes de la función de clasificación con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2	269
Tabla 8.66. Variables introducidas en las funciones discriminantes con las variables analizadas con componente emocional	270
Tabla 8.67. Funciones discriminantes con las variables analizadas con componente emocional	271

Tabla 8.68. Cargas discriminantes de las variables incluidas en las funciones discriminantes con las variables analizadas con componente emocional	271
Tabla 8.69. Centroides de las funciones con las variables analizadas con componente emocional	272
Tabla 8.70. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N° de los grupos, con las variables analizadas con componente emocional.....	272
Tabla 8.71. Coeficientes de la función de clasificación con las variables analizadas con componente emocional.....	273
Tabla 8.72. Variables introducidas en las funciones discriminantes con las variables analizadas con componente conductual	274
Tabla 8.73. Funciones discriminantes con las variables analizadas con componente conductual	274
Tabla 8.74. Cargas discriminantes de las variables incluidas en las funciones discriminantes con las variables analizadas con componente conductual	275
Tabla 8.75. Centroides de las funciones con las variables analizadas con componente conductual	276
Tabla 8.76. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N° de los grupos con las variables analizadas con componente conductual.....	276
Tabla 8.77. Coeficientes de la función de clasificación con las variables analizadas con componente conductual	277
Tabla 8.78. Variables introducidas en las funciones discriminantes con las variables analizadas del área de la autopercepción.....	278
Tabla 8.79. Funciones discriminantes con las variables analizadas del área de la autopercepción	278
Tabla 8.80. Centroides de las funciones del área de autopercepción	279
Tabla 8.81. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N° de los grupos con las variables analizadas del área de la autopercepción	279
Tabla 8.82. Coeficientes de la función de clasificación con las variables analizadas del área de la autopercepción	279

Tabla 8.83. Variables introducidas en las funciones discriminantes con todas las variables valoradas en la muestra de estudio	281
Tabla 8.84. Funciones discriminantes con todas las variables valoradas en la muestra de estudio.....	281
Tabla 8.85. Cargas discriminantes de las variables incluidas en las funciones discriminantes con todas las variables valoradas en la muestra de estudio	282
Tabla 8.86. Centroides de las funciones con todas las variables valoradas en la muestra de estudio	283
Tabla 8.87. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N° de los grupos con todas las variables valoradas en la muestra de estudio	283
Tabla 8.88. Coeficientes de la función de clasificación con todas las variables valoradas en la muestra de estudio	284
 Capítulo 9: Discusión.....	286
Tabla 9.1. Resumen de acontecimientos vitales estresantes (AVE) en los tres periodos temporales valorados.....	294
Tabla 9.2. Resumen de principales categorías de acontecimientos vitales estresantes (AVE) en infancia-adolescencia.....	295
Tabla 9.3. Tabla resumen de principales categorías de acontecimientos vitales estresantes (AVE) en edad adulta.....	296
Tabla 9.4. Tabla resumen de principales categorías de acontecimientos vitales estresantes (AVE) en año previo	297
Tabla 9.5. Tabla resumen de principales categorías de acontecimientos vitales estresantes (AVE) en los tres periodos temporales valorados: Infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria	299

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Capítulo 7: Método.....	168
Gráfico 7.1. Distribución de la recogida muestral	173
Gráfico 7.2. Distribución de la muestra según el lugar de residencia	174
Gráfico 7.3. Distribución de la muestra según el lugar de origen	174
Gráfico 7.4. Distribución de la muestra según el estado civil	175
Gráfico 7.5. Distribución de la muestra según el número de hijos.....	175
Gráfico 7.6. Distribución de la muestra según el nivel educativo	176
Gráfico 7.7. Distribución de la muestra según la situación laboral	176
Gráfico 7.8. Distribución de la muestra según la profesión	177

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo 6: Objetivos e hipótesis	159
Figura 6.1. Planteamiento general de la investigación.....	167
 Capítulo 7: Método	 168
Figura 7.1. Presentación esquemática de recogida de datos	172
Figura 7.2. Diagrama de proceso de Programa de trastornos de la conducta alimentaria en Dispositivo de Interconsulta y Enlace	197

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son uno de los problemas de Salud Pública más graves de nuestros días, tanto por su prevalencia y necesidad de tratamiento especializado, como por su tendencia a la cronicidad y la gravedad (Oliva et al., 2011). Una de las características principales de los TCA es la migración diagnóstica, ya que, mientras que un pequeño subgrupo de pacientes se mantiene en el síndrome inicial con el que comenzó, la gran mayoría muda o vira entre los diferentes trastornos. Los TCA se han relacionado con sentimientos de disforia, depresión y sintomatología ansiosa, junto con una autovaloración/autoestima baja, lo que a su vez repercute en las relaciones interpersonales y puede dificultar el afrontamiento de acontecimientos vitales estresantes (AVE). Además, existe una importante línea de investigación que ha analizado las diferentes agrupaciones posibles en relación con los rasgos de personalidad en sujetos con TCA.

El objetivo general de la presente tesis es estudiar las variables clínicas asociadas con los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de participantes del programa de trastornos de la conducta alimentación del dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara. Todos los participantes han sido evaluados y diagnosticados de algún TCA por un facultativo especialista (psicólogo clínico o psiquiatra). La muestra se compone de 118 pacientes, todas ellas mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y los 59 años, y una edad media de 31,90 ($DT = 10,23$). La evaluación se realiza a través de un protocolo de evaluación para pacientes con TCA, recogiendo también información sobre acontecimientos vitales estresantes a través de entrevista y diversos instrumentos (MCMI-III, EDI-2, PBI, STAI, BDI, ASI-3, RAS, TAS-20, *AQ*, *EI*, *NHP*, *DUKE*, *EAR*). Los análisis estadísticos se realizan utilizando el SPSS 19.0.

El primer objetivo es analizar las características sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, situación laboral y lugar de origen) y otras variables relevantes en la muestra de estudio (uso de Internet, tipos y subtipos diagnósticos, trastornos comórbidos en eje I y II, antecedentes familiares y tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos), partiendo de la hipótesis de que se encontrarían resultados similares a estudios previos, tal y como se evidencia en los datos obtenidos.

El segundo objetivo es estudiar los acontecimientos vitales estresantes (AVE) referidos, partiendo de la hipótesis de que se encontrarían más acontecimientos vitales estresantes relativos al grupo primario de apoyo en los tres periodos vitales analizados: infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de los síntomas de TCA. Los resultados indican que el 84,7 % (n=100) de los pacientes informa de algún AVE en la infancia y adolescencia, el 69,5 % (n=82) informa de algún AVE en la edad adulta y el 81,4 % (n=96) informa de algún AVE en el año previo al inicio de los síntomas de TCA. Por su parte, en todos los periodos estudiados, los pacientes han referido mayores niveles de AVE categorizados como problemas relativos al grupo primario, lo cual sería congruente con la hipótesis de partida, y estaría en la misma línea de lo que han manifestado otros autores en estudios previos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Beckham y Leber, 1997; Clark, Beck y Alford, 1999; Dobson y Kendall, 1993).

Otro de los objetivos es estudiar las diferencias que existen entre las distintas variables analizadas, según el tipo (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón) y subtipo diagnóstico (anorexia nerviosa restrictiva, anorexia nerviosa compulsivo/purgativa, bulimia nerviosa purgativa, bulimia nerviosa no purgativa y trastorno no especificado por atracón). A este respecto, se ha planteado que se encontrarían diferencias estadísticamente significativas en todas las variables analizadas en los tres tipos diagnósticos, y lo mismo con respecto a los subtipos diagnósticos. En relación con los tres grupos diagnósticos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, encontrando diferencias significativas únicamente en las siguientes variables: patrón evitativo ($F_{(2,115)} = 3,57, p < .05$) y patrón histriónico ($F_{(2,115)} = 4,75, p < .01$) del MCMI; escala bulimia ($F_{(2, 115)} = 10,65; p < .001$) y escala insatisfacción corporal ($F_{(2, 115)} = 7,3, p < .01$) del EDI-2; y en la escala movilidad ($F_{(2,115)} = 3,98, p < .01$) y escala dolor ($F_{(2,115)} = 3,98, p < .01$) del NHP; de modo que no se cumple la hipótesis planteada. En relación con los cinco subtipos diagnósticos, los resultados no indican diferencias significativas en cuanto a la edad, y las diferencias en las variables se encuentran en: patrón evitativo ($F_{(4, 113)} = 3,86, p < .05$) del MCMI; la escala bulimia ($F_{(4, 113)} = 6,45; p < .001$), escala insatisfacción corporal ($F_{(4, 113)} = 5,09, p < .001$) y escala inseguridad social ($F_{(4, 113)} = 3,19, p < .01$) del EDI-2; depresión total ($F_{(4, 113)} = 2,45, p < .05$) del BDI; escala de movilidad ($F_{(4, 113)} = 2,78, p < .05$) del NHP; escala detalles ($F_{(4,113)} = 2,97, p < .05$) de la TAS-20; escala de control de los estados emocionales ($F_{(4,113)} = 3,01, p < .05$) y control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales ($F_{(4,113)} = 3,69, p < .01$) del EI.

De modo que se han encontrado más diferencias significativas en las variables analizadas al tener en cuenta los subtipos diagnósticos, que cuando se realiza una comparación con los grupos diagnósticos. De estos resultados puede extraerse la idea de que los subgrupos diagnósticos aportan más información que los grupos en sí mismos, aunque sin olvidar que la gran cantidad de variables en las que no se han encontrado diferencias y que podrían respaldar la propuesta de Fairburn y colaboradores (2003) sobre la existencia de procesos psicopatológicos comunes en este tipo de patologías.

Asimismo, se planteó la posibilidad de encontrar tres conglomerados de agrupación de los pacientes (sobrecontrolados, subcontrolados y alto funcionamiento), en la línea de lo establecido en investigaciones previas (Asendorpf, Borkenau, Ostendorf y Aken, 2001; Claes et al., 2012; Claes, Vandereycken y Vertommen, 2002; Espelage, Mazzeo, Sherman y Thompson, 2002; Goldner et al., 1999; Holliday et al., 2006; Hopwood, Ansell, Fehon y Grilo, 2010; Robins et al., 1996; Strober, 1983; Westen y Harnden-Fischer, 2001; Wonderlich et al., 2005), y usando las siguientes variables de agrupación: patrones de personalidad, estilos de crianza y acontecimientos vitales referidos. Los resultados de la prueba *Chi-Cuadrado* de Pearson indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos respecto a las variables sociodemográficas. El primer grupo, al que se denomina sobrecontrolado, presenta puntuaciones significativamente más altas en comparación con los otros dos grupos en los patrones de personalidad evitativo, depresivo, dependiente y autodestructivo; y puntuaciones significativamente más altas solo respecto al grupo de alto funcionamiento en los patrones agresivo, negativista y patrón límite. En este caso, los datos son similares a los encontrados por autores como Westen y Harnden-Fischer (2001). Se observa un segundo grupo, denominado subcontrolado, que presenta, por un lado, puntuaciones significativamente elevadas con respecto al grupo de alto funcionamiento en los patrones dependiente, antisocial, agresivo, negativista y límite, así como en los acontecimientos vitales estresantes, y este grupo también presenta puntuaciones más altas en comparación con el grupo sobrecontrolado en los patrones histriónico, narcisista, antisocial y agresivo, del mismo modo que en el maltrato-abuso. Asimismo, se presenta un tercer grupo, el de alto funcionamiento, en el que se observan puntuaciones mayores en comparación con el grupo dos en el patrón compulsivo y en las escalas de cuidado paterno y materno. Este grupo, una vez analizados todos los datos

anteriores, aparece con puntuaciones menores en el resto de patrones y acontecimientos vitales estresantes; como en el caso anterior, estos resultados estarían en la línea de lo encontrado por Westen y Harnden-Fischer (2001). Posteriormente se procedió a analizar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los conglomerados hallados según las variables analizadas en el presente estudio, agrupando para ello las mismas según el test y las áreas que valora: patrones de personalidad y síndromes clínicos analizados mediante el MCMI-III, variables analizadas a través del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), área emocional, área de conducta, área de auto-percepción y acontecimientos vitales estresantes, encontrando en este caso diferencias en gran parte de las variables.

El último objetivo planteado es presentar un modelo en función del peso relativo que puedan tener las distintas variables analizadas a la hora de clasificar a las participantes en los distintos grupos de conglomerados obtenidos. Se ha encontrado que el modelo que genera un mayor porcentaje de pacientes clasificadas correctamente es el utilizado para la generación de los conglomerados de pertenencia, con una capacidad predictiva del 90,7 % de los casos; seguido por el modelo en el que se incluyen todas las variables analizadas, con un 66,9 % de capacidad predictiva; con menor potencial predictivo se encuentran el modelo realizado con el área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del EDI-2 (61,9 %); el modelo realizado con el área de componente emocional (61%); el modelo realizado con el área de componente conductual (57,6 %); y por último, el modelo realizado con el área de autopercepción (55,1 %). En el modelo que genera un mayor porcentaje de pacientes clasificadas correctamente se observa que las variables con mayor peso en la clasificación de los pacientes dentro de los conglomerados son los patrones de personalidad evitativo, depresivo, agresivo, límite y la variable de abuso referido. Estos resultados son congruentes con la bibliografía científica existente al respecto, que apunta que rasgos de personalidad como inmadurez, evitación y perfeccionismo hacen a las personas más vulnerables a desarrollar un trastorno de la alimentación (Fassino et al., 2004; Fassino, Daga y Amianto, 2002), lo que ha generado que los rasgos de personalidad formen parte importante en muchos modelos sobre la etiología y mantenimiento de los TCA (Schmidt y Treasure, 2006).

Por lo tanto, en este estudio se ha encontrado que la agrupación de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria según las variables de personalidad, los

acontecimientos vitales estresantes y los patrones parentales, genera tres grupos de pacientes coherentes con estudios previos, que pueden ser de gran utilidad tanto a la hora de plantear modelos explicativos, como al proponer tratamientos psicoterapéuticos de mayor especificidad.

SUMMARY

Eating disorders (ED) are one of the most serious public health problems of our time, because of their prevalence, because they need specialized treatment, and because of their tendency towards chronicity and severity (Oliva et al., 2011). One of the main features of ED is diagnostic migration; while a small subset of patients remains in the initial syndrome, the vast majority change or turn between different disorders. ED have been associated with feelings of dysphoria, depression, and anxious symptomatology, along with low self-esteem, which in turn affect interpersonal relationships and may make coping with stressful life events difficult. In addition, there is an important line of research that has analyzed the different possible clusters in relation to the personality traits in subjects with ED.

The general objective of this thesis is to study the clinical variables associated with ED in a sample of participants in the Eating Disorders Program of the Consultation-Liaison Unit of the Guadalajara University Hospital. All participants have been evaluated and diagnosed with ED by a specialist (clinical psychologist or psychiatrist). The sample consists of 118 patients, all of them women, aged between 18 and 59 years, with a mean age of 31.90 ($SD = 10.23$). The evaluation is carried out using a protocol for patients with ED, which includes information collection on stressful life events through interview and several instruments (MCMI-III, EDI-2, PBI, STAI, BDI, ASI-3, RAS, TAS-20, AQ, EI, NHP, DUKE, EAR). Statistical analyzes are performed using SPSS 19.0.

The first objective is to analyze the sociodemographic characteristics (sex, age, educational level, employment status and birth place) and other relevant variables in the study sample (Internet use, diagnostic types and subtypes, comorbid disorders in axis I and II, family history and psychotherapeutic and psychopharmacological treatments), starting from the hypothesis that our results would be similar to those of previous studies, which was confirmed by the data obtained.

The second objective is to study stressful life events (SLE), starting from the hypothesis that there are more stressful life events related to the primary support group in the vital period analyzed: infancy-adolescence, adulthood, and the year before the

beginning of the symptoms of ED. The results indicate that 84.7% ($n = 100$) of the patients report some SLE in childhood and adolescence, 69.5% ($n = 82$) report some SLE in adulthood and 81.4 % ($N = 96$) report some SLE in the year prior to the onset of ED symptoms. In all cases, patients have reported higher levels of SLE categorized as problems related to the primary group, which would be consistent with the starting hypothesis, and with the results of previous studies (Beck et al., 1983, Beckham and Leber, 1997, Clark et al., 1999, Dobson and Kendall, 1993).

Another objective is to analyze the differences between the variables studied, according to diagnostic type (anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder) and subtype (restrictive anorexia nervosa, compulsive/purgative anorexia nervosa, purgative bulimia nervosa, not purgative bulimia nervosa and disorder not specified by binge eating). Regarding to this, we have suggested that statistically significant differences will be found in all variables analyzed in the three diagnostic types, and in the five diagnostic subtypes. In relation to the three diagnostic groups, no significant differences were found according to age, and we found significant differences only in the following variables: avoidance pattern ($F_{(2,115)} = 3.57, p < 0.05$) and histrionic pattern ($F_{(2,115)} = 4.75, p < 0.01$) of the MCMI; bulimia scale ($F_{(2,115)} = 10.65, p < 0.001$) and body dissatisfaction scale ($F_{(2, 115)} = 7.3, p < 0.001$) of the EDI-2; And in the mobility scale ($F_{(2,115)} = 3.98, p < 0.01$) and the pain scale ($F_{(2,115)} = 3.98, p < 0.01$) of NHP; so that the hypothesis is not fulfilled. In relation to the five diagnostic subtypes, the results do not indicate significant differences according to age, and we found differences in the following variables: avoidance pattern ($F_{(4,113)} = 3.86, p < 0.05$) of the MCMI; bulimia scale ($F_{(4, 113)} = 6.45; p < 0.001$), corporal dissatisfaction scale ($F_{(4, 113)} = 5.09, p < 0.001$) and social insecurity scale ($F_{(4, 113)} = 3.19, p < 0.01$) of EDI-2; total depression ($F_{(4,113)} = 2.45, p < 0.05$) of BDI; mobility scale ($F_{(4, 113)} = 2.78, p < 0.05$) of the NHP; details scale ($F_{(4, 113)} = 2.97, p < 0.05$) of the TAS-20; scale of control of emotional states ($F_{(4,113)} = 3.01, p < 0.05$) and control of eating, spending money or having sex ($F_{(4, 113)} = 3.69, p < 0.01$) of the IE. Thus, we have found more significant differences in the variables analyzed when we have taken into account the diagnostic subtypes instead of the diagnostic groups. From these results we can extract the idea that the diagnostic subgroups provide more information than the groups themselves, but we should not forget the large number of variables on which no differences have been found. This fact could be pointing at the idea already proposed by

Fairburn et al. (2003) that there can be common psychopathological processes in this type of pathologies.

Likewise, we proposed the possibility of finding three clusters for grouping patients (overcontrolled, subcontrolled and high functioning), according to previous research (Asendorpf, Borkenau, Ostendorf and Aken, 2001; Claes et al., 2012; Claes, Vandereycken and Vertommen, 2002; Espelage, Mazzeo, Sherman and Thompson, 2002; Goldner et al., 1999; Holliday et al., 2006; Hopwood, Ansell, Fehon and Grilo, 2010; Robins et al., 1996; Strober, 1983; Westen and Harnden-Fischer, 2001; Wonderlich et al., 2005), using the following grouping variables: personality patterns, parenting styles and life events. The results of *Pearson's Chi-Square* test indicate that there are no statistically significant differences in any of the clusters with respect to sociodemographic variables. The first group, which is called “overcontrolled”, presents higher scores in comparison to the other two groups in the patterns of personality avoidant, depressive, dependent and self-destructive; and significantly higher scores with respect to the high performance group in the aggressive, negativist and borderline pattern. In this case, the data are similar to those found by authors such as Westen and Harnden-Fischer (2001). A second group, called “sub-controlled”, presents higher scores with respect to the high performance group in the dependent, antisocial, aggressive, negativist and borderline patterns, as well as in stressful life events, and this group also has higher scores compared to the group overcontrolled in histrionic, narcissistic, antisocial and aggressive patterns, as well as in abuse. There is also a third group, the “high functioning group”, in which we observed higher scores compared to the group two in the compulsory pattern and in the paternal and maternal care scales. When we analyzed all the above data, this high functioning group had lower scores in all other patterns and in stressful life events. As in the previous case, these results were consistent with those by Westen and Harnden-Fischer (2001). Subsequently, we have analyzed the existence of statistically significant differences between the clusters according to the variables analyzed in the presented study, grouping them depending on the test and the measured areas: personality patterns and clinical syndromes valued through the MCMI-III, variables analyzed through the Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2), emotional area, behavior area, self-perception area and vital events, finding differences in most of the variables.

The last objective is to present a model based on the relative weight of the different variables analyzed for classifying the participants in the different conglomerate groups obtained. It has been found that the model that generates a higher percentage of correctly classified patients is the one used for the generation of the clusters of belonging, with a predictive capacity in the 90.7% of the cases; Followed by the model in which all analyzed variables are included, with a predictive capacity of 66.9%; And with a lower predictive potential are the model performed with the area of psychological traits or relevant sets of symptoms in the ED evaluated by EDI-2 (61.9%); The model performed with the emotional component area (61%); The model performed with the area of behavioral component (57.6%); And, finally, the model performed with the area of self-perception (55.1%). In the model obtained, the variables with the greatest weight in the classification of patients within the clusters are the personality patterns avoidant, depressive, aggressive and borderline, and the referred abuse variable. These results are congruent with the scientific literature on the subject, which points out that personality traits such as immaturity, avoidance and perfectionism make people more vulnerable to developing an ED (Fassino et al., 2004; Fassino, Daga y Amianto, 2002), which has led personality traits to form an important part in many models on the etiology and maintenance of EDs (Schmidt y Treasure, 2006).

Thus, in this thesis we have found that the clustering of patients with ED according to personality variables, stressful life events and parental patterns, results in three groups of patients as stated by previous studies, and this can be of great interest both to set explanatory models, and to propose psychotherapeutic treatments of greater specificity.

Presentación

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han convertido en un tipo de patología cuya detección, evaluación, tratamiento y resolución genera grandes dificultades a los diversos profesionales encargados de este tipo de enfermedades. Por un lado, la alimentación es algo más que una forma de cubrir las necesidades básicas de nutrición y supervivencia, está enraizada en el entramado socio-cultural y no puede ser vista de modo aislado sin error. Por otro lado, el sufrimiento generado por este tipo de cuadros no solo afecta al individuo diagnosticado, por ello, tanto desde el punto de vista evaluativo como a la hora de plantear los diversos tipos de tratamiento, el clínico ha de estar atento a la situación familiar y al contexto sociocultural en el que están inmersos los distintos agentes involucrados. La situación se complica aún más al tratarse de patologías de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales, y en los que diversos agentes terapéuticos tendrán que trabajar en coordinación para lograr los mejores resultados posibles.

Dada la situación expuesta, no es de extrañar que numerosos autores hayan intentado aportar luz sobre las diversas variables que puedan afectar en las distintas fases de los trastornos de la conducta alimentaria: prevención y evaluación; tratamiento; evolución y pronóstico.

Desde este marco, surge la propuesta del presente trabajo cuyo objetivo general es estudiar variables clínicas relevantes asociadas con los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de participantes del programa de trastornos de la conducta alimentaria del Dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara. Se pretenden analizar y comparar a los participantes agrupados según las clasificaciones diagnósticas, así como según otra clasificación generada a través del análisis de conglomerados, y construir un modelo que pueda ayudar a clasificar, a priori, a los participantes.

En concreto, los objetivos específicos fueron:

1. Analizar las características sociodemográficas y otras variables consideradas relevantes presentes en los pacientes atendidos en el dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara, del programa de trastornos de la conducta alimentaria.
2. Estudiar los acontecimientos vitales estresantes referidos por los pacientes atendidos en el dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara, del programa de trastornos de la conducta alimentaria.
3. Estudiar las diferencias que existen entre las distintas variables clínicas estudiadas según el tipo (tres grupos) y subtipo (cinco subtipos) de diagnóstico de los TCA.
4. Analizar las agrupaciones de los pacientes atendidos en el Dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara, del programa de trastornos de la conducta alimentaria, según los patrones de personalidad, los acontecimientos vitales estresantes y los patrones parentales. Así como estudiar las diferencias existentes entre los grupos resultantes en todas las variables analizadas en el estudio.
5. Presentar un modelo en función del peso que puedan tener las distintas variables analizadas a la hora de clasificar a las participantes en los distintos grupos de conglomerados obtenidos.

Con la consecución de estos objetivos se pretende aportar mayor conocimiento sobre la población con la que se trabaja y abrir la posibilidad de adaptar el tratamiento según los resultados. Para lograr los objetivos propuestos, la investigación realizada consta de dos partes bien diferenciadas: teórica y empírica.

En la fundamentación teórica, en una primera parte se realiza una revisión completa de la situación actual sobre los criterios diagnósticos, diagnóstico diferencial, curso, evolución y pronóstico de los TCA, sin olvidar un breve repaso histórico. Después se presenta un tema en el que se detallan los métodos de evaluación utilizados para el estudio de los TCA. En los dos temas siguientes se profundiza sobre los estudios

que se han realizado en relación a otras variables a tener en cuenta en el estudio de los TCA. El primero de ellos, se presentan distintos apartados en los que se analizan distintas variables clínicas relacionadas con los TCA y en el segundo, se detallan los estudios sobre la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad. Se finaliza la parte teórica de la presente tesis doctoral con un quinto capítulo sobre los distintos estudios que han intentado una clasificación alternativa de los TCA, tanto en relación con los trastornos de personalidad como teniendo en cuenta otras variables.

Una vez finalizada la primera parte donde se describen pormenorizadamente los fundamentos teóricos, se presenta una segunda parte en la que se da paso a la investigación empírica.

Como punto de partida, en el capítulo 6 se planean los objetivos generales, específicos e hipótesis de la investigación. Después se expone un capítulo con el método de la investigación, donde se refieren los datos sociodemográficos de los participantes, los métodos de medida, así como el procedimiento y el análisis estadístico seguido. En el capítulo 8 se han ido describiendo todos los resultados encontrados según cada uno de los objetivos planteados.

Se finaliza el trabajo con un último capítulo donde se analizan los resultados obtenidos, junto con un epígrafe sobre las limitaciones del presente estudio y posibles líneas de investigación futuras.

PARTE PRIMERA

Fundamentos teóricos

Capítulo 1

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA): Situación actual

1.1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son uno de los problemas de Salud Pública más serios de nuestros días, tanto por su prevalencia y necesidad de tratamiento especializado, como por su tendencia a la cronicidad y la gravedad (Oliva et al., 2011). Asimismo, la alimentación tiene importantes significados para el ser humano, además de nutrir al organismo de los recursos que necesita y de eliminar el hambre. En muchas ocasiones, la comida es utilizada para establecer relaciones sociales, realizar ritos, mostrar poder, etc. El acto de comer ha sido siempre un acto social, donde los alimentos y la comida son una manifestación cultural que define a los diferentes grupos sociales. En nuestra sociedad cada vez se presta más atención a la comida y, en especial, a la dieta. De este modo, no es de extrañar que en la práctica clínica se encuentren, cada vez más, personas que sufren debido a sus hábitos de alimentación.

Es importante destacar que los trastornos de la conducta alimentaria no pueden reducirse a los deseos que estos pacientes tienen por controlar el peso, sin tener en cuenta otros aspectos más profundos e intrincados. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser entendidos como expresiones de dificultades emocionales internas que inducen a buscar, a través del control de la dieta y del cuerpo, algo de seguridad en la vida. Tal y como señala Calvo (2010), “Los pacientes presentan alteraciones del comer que repercuten de forma grave en su salud, pero su comprensión completa requiere considerarlos el resultado de problemas psicológicos y relacionales profundos insertados en una sociedad volcada en el cuerpo” (Calvo, 2010, p.3).

La alimentación, además, es fundamental en el desarrollo psicológico, pues a través de la alimentación materna el niño conoce y aprende las sensaciones de seguridad, bienestar y afecto. La relación entre el confort y el discomfort con la comida se mantendrá a lo largo de toda la vida, por lo que no debe sorprendernos que la ansiedad, la depresión o la alegría influyan decisivamente en los procesos de la alimentación.

Es importante señalar que no todas las personas que cuidan su alimentación y su peso acabarán desarrollando un trastorno de la conducta alimentaria, no obstante, en los últimos años, todos los cuadros relacionados con la alimentación se han convertido en un importante problema sanitario. Este hecho está en relación con la idea de que el

cuerpo delgado se ha convertido en el canon actual de la belleza, de tal modo que se ha denominado al siglo XX *el siglo de la delgadez*. Esta idealización del cuerpo delgado es producto del cambio cultural que se inicia tras la Primera Guerra Mundial y que estalla en los años sesenta, junto con la difusión de los estereotipos de delgadez extrema por parte de los medios de comunicación de masas. Asimismo, la industria del adelgazamiento también ha potenciado el sometimiento al cuerpo, quedando la delgadez asociada a elegancia, prestigio, juventud, poder, aceptación social y perfección. Todo esto ha contribuido a que la lucha feroz contra el sobrepeso haya conducido a numerosas personas a restringir alimentos o realizar dietas, proponiéndose perder grandes cantidades de peso en tiempo récord.

De lo anteriormente señalado, puede extraerse la idea de que los trastornos de la conducta alimentaria (sucesivamente, TCA) son enfermedades graves de etiología multi-factorial que solo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que se suscitan, potencian y modifican mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural. En el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2011) se indica que los TCA se han convertido en las últimas décadas en un importante problema de salud pública en los países desarrollados, por su prevalencia, necesidades de tratamiento especializado, tendencia a la cronicidad y gravedad.

Como señalan Lahortiga-Ramos, de Irala-Estévez, Cano-Prous y Gual García (2005), en los últimos años se ha llevado a cabo un importante desarrollo en el estudio e investigación de los TCA con el objetivo de disminuir la morbilidad asociada a estos trastornos que se estima que ronda entre el 6 y el 15 %. Si bien es verdad que existen discrepancias en cuanto a los datos existentes en relación a la incidencia y prevalencia de estas enfermedades, sobre todo en la edad adulta. Esta dificultad viene determinada por las diferentes metodologías empleadas en los estudios para la detección de casos, por la baja demanda asistencial de estos pacientes (Nakamura et al., 2000), así como por la tendencia a minimizar y encubrir su sintomatología, de modo que el uso de cuestionarios autoadministrados puede generar resultados condicionados por la sinceridad de los sujetos que realizan los mismos (Chinchilla, 1994). Además, muchos trabajos se centran en una única muestra seleccionada o presentan los resultados de datos originarios de los servicios de salud, lo que aumenta los problemas metodológicos de los estudios de incidencia (Van Son et al., 2006). Por lo que, en general, se puede

afirmar que los trastornos de la conducta alimentaria son considerados eventos infrecuentes, lo que provoca la dificultad de establecer la prevalencia/incidencia en la población general.

A su vez, cabe destacar que una de las características principales de los TCA es la migración diagnóstica, ya que, mientras que un pequeño subgrupo de pacientes se mantiene en el cuadro inicial con el que comenzó, la gran mayoría muda o vira entre los diferentes diagnósticos (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado -trastorno por atracón-, en adelante AN, BN, TCANE y TA, respectivamente). Sin embargo, esta migración no es aleatoria, sino que refleja la tendencia de los trastornos de la conducta alimentaria a debutar con la restricción alimentaria, es decir, con el control estricto de los pacientes sobre la dieta. A menudo esto se rompe en relación con diferentes circunstancias y se desarrolla el trastorno por atracón, que irá seguido, o no, de conductas compensatorias para el control ponderal (Fairburn y Bohn, 2005).

Tras plantear el anterior contexto psicosocial, se evidencia que los estudios de diversas variables que pueden mediar en el diagnóstico, gravedad, tratamiento y evolución de los trastornos de la conducta alimentaria, son necesarios y enriquecedores. En el siguiente epígrafe, se presentan unos breves apuntes históricos sobre el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria, los criterios diagnósticos recogidos en las principales guías diagnósticas, así como los criterios que ayudan en el diagnóstico diferencial y algunas de las características de prevalencia y curso de cada uno de los cuadros presentados. Se finaliza el capítulo con la presentación de la situación epidemiológica de los trastornos de la conducta alimentaria.

1.2. Historia de los trastornos de la conducta alimentaria

En la historia de nuestra cultura se encuentran referencias a la alimentación y los desórdenes alimenticios desde los tiempos bíblicos. Desde la antigüedad, el hecho de comer ha tenido una connotación social, resultando la comida el momento de encuentro entre los individuos para compartir conocimientos y experiencias, dando lugar a las relaciones y la empatía (San Sebastián, 1999). En esa época, el sobrepeso era un signo de poder y salud, y el ayuno tenía un carácter religioso, pues era usado como penitencia. Los primeros cristianos y los místicos lo practicaban como autopunición y rechazo a lo

material, y también como medio de conexión con lo espiritual y sagrado. El sentido fenomenológico de la enfermedad era, en estos casos, el mismo que después manejó, de alguna manera, el psicoanálisis: la renuncia a un cuerpo que se aleja del placer y la satisfacción libidinal en aras de conseguir una absoluta espiritualidad.

En cuanto a la anorexia, la Medicina, propiamente dicha, inicia su atención hacia la anorexia nerviosa con la obra "A Treatise of Consumptions", en texto del siglo XVII de Richard Morton, en 1694 refiriéndose al caso de Miss Duke (Anguina, Fernández y Varo, 2000). En 1858, el médico francés Louis-Victor Marcé escribió la obra *Nota sobre una forma de delirio hipocondriaco consecutivo a las dispepsias*, caracterizada por el rechazo de los alimentos. Fue a este cuadro al que posteriormente, en 1864, W. Gull denominó *aepsia histérica* y, el mismo autor, lo denomina más tarde *perversión del yo*. Asimismo, es Charles Lasègue el que acaba acuñando el término *anorexia histérica*. El cuadro descrito por ambos autores incluía como síntomas fundamentales del rechazo a la comida, la pérdida extrema de peso, la amenorrea, el estreñimiento y someterse intensamente al ejercicio. Se puede observar que el cuadro descrito es muy parecido a los criterios diagnósticos actuales, sin embargo, a lo largo del tiempo, la interpretación etiopatogénica ha sido bien diferente.

Tanto W. Gull como Lasègue atribuyeron dicha enfermedad a una alteración del sistema nervioso (citado en Rosa M. Molina Ruiz, 2014). No obstante, Lasègue prestaba especial atención al origen sociocultural de sus pacientes ya que lo consideraba un factor influyente (Toro, 2008). En 1870, Samuel Fenwick escribió un artículo titulado "On atrophy of the stomach and on the nervous affections of the digestive organs" en el que ponía en relación a la AN con los factores socioculturales (Citado en Jáuregui, 2004 y Toro, 2008).

Durante el siglo XX concurren distintos hitos en relación con la AN. Por una parte, en 1914, Simmonds establece que la causa de la AN es una disfunción hipofisaria que denomina *caquexia hipofisaria*. Por otra parte, ya en 1920, P. Janet distinguía la anorexia primaria de la secundaria. Para él se trataba de alteraciones psicológicas profundas, resistentes a los tratamientos. Hacia los años treinta se reafirma su origen psicogénico por psicoanalistas que explicaron la AN a través de los mecanismos psicodinámicos causados por las fantasías orales inconscientes, y desde la aversión sexual (Silverman, 1995). Desde los años cincuenta se produce una revolución

conceptual y metodológica alrededor de la AN, diversificándose las líneas terapéuticas con una visión más pragmática y heterodoxa del problema, considerando factores psicosociobiológicos en la génesis del problema. En el Simposio de Göttingen, en 1965, se elaboraron tres conclusiones básicas sobre la AN (Meyer y Feldmann, 1965):

- La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad.
- El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria.
- La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos.

Entre los autores recientes destacan Garfinkel y Garner (1982) que han contribuido a un establecimiento del modelo vigente de la AN como enfermedad diferenciada, de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes, con arreglo a un modelo etiopatogénico bio-psico-social.

Con respecto a la bulimia nerviosa (BN), se debe decir que entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como *cynorexia*, *canine appetite* o *hambre patológica*, como modo de referirse a episodios de voracidad que dan lugar a la ingesta de comida excesiva. Las primeras referencias médicas datan de 1708 y en los últimos 50 años se han publicado trabajos sobre la cuestión, proliferando los mismos en el último periodo. La bulimia nerviosa es un trastorno del que no se hablaba hace dos décadas, pero que ha emergido con mucha fuerza, lo que no implica que sea una enfermedad nueva, sino una nueva acepción clínica.

El síndrome de bulimia nerviosa fue definido por Russell en 1979 y los primeros casos, desde el punto de vista clínico, aparecieron tras la Segunda Guerra Mundial, y el aumento de su incidencia dio lugar a su reconocimiento como síndrome separado de la AN en los años sesenta. Sin embargo, para Russell, la bulimia nerviosa no era más que una variante de la AN, ya que un gran porcentaje de los pacientes con BN tienen antecedentes de AN. De hecho, la formulación del cuadro planteada por este autor fue reconocida por el DSM-III como *categoría diagnóstica* aunque centrando los criterios en la presencia de episodios de ingesta voraz y las reacciones psíquicas inmediatas inducidas por tales conductas. Esta tercera versión del DSM (1980) y su revisión, DSMIII-R (1987), clasificaban estos trastornos dentro de los de inicio en la infancia y adolescencia, junto a otras anomalías de la alimentación en la primera infancia.

En la actualidad, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) – denominación del DSM-IV-TR – se entienden, efectivamente, como trastornos en los que la conducta alimentaria está alterada, pero, sobre todo, que lo está como consecuencia de los dramáticos intentos que el paciente hace por controlar su peso y su cuerpo. Esta entidad propia, junto con el hecho de que cada vez es más frecuente encontrarse con anorexia y bulimia nerviosa en la adolescencia tardía, motivó que la edición del DSM-IV (1994) los eliminase de la categoría de inicio en la infancia. Por su parte, en el DSM-5 el apartado de los trastornos alimentarios ha pasado a denominarse trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, y, de este modo, la guía incluye las alteraciones del comer que tienen como consecuencia problemas en la consumición o absorción del alimento. Se ha considerado que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y, sobre todo, la obesidad eran entidades separadas; sin embargo, cada vez se ve más lo incorrecto de esta presunción, ya que no es extraño que estas condiciones se alternen en la misma persona durante la vida y, como trastornos, tienen muchas características en común.

En lo que respecta al trastorno por atracón (TA) se debe señalar que fue descrito en 1958 por Albert Stunkard, quien presentó el caso de un paciente obeso que padecía episodios de sobreingesta con incapacidad para parar de comer (Caso Hyman Cohen). Tal y como señala Perpiñá (2015), es un trastorno que se inserta en el marco de una importante alteración del control de impulsos, en concreto, el impulso de comer, aunque puede coexistir con otros, y la mayor parte de estos pacientes son, además, obesos. La incidencia de este tipo de patología ha aumentado dramáticamente en las sociedades occidentales. Dichas patologías afectan principalmente a mujeres y todas las personas que las padecen sufren alteraciones en su imagen corporal. Asimismo, se ha evidenciado un cambio en las sociedades industriales en lo relacionado con el ideal de belleza durante los últimos treinta años, en este tiempo se ha ido imponiendo el ideal de la delgadez, pero con connotaciones que superan los significados puramente físicos y estéticos. De este modo, la delgadez se ha convertido no solo en un signo de belleza sino también de éxito y de autocontrol. Este cambio social ha influido, de manera decisiva, en el importante incremento de la prevalencia de los trastornos alimentarios en este tipo de sociedades. Sin embargo, las variables sociales no son suficientes para la explicación de un trastorno tan complejo y se hará necesario, el desarrollo de modelos multifactoriales para llegar a comprenderlo.

Tabla 1.1. Resumen de hitos históricos sobre los TCA.

AUTOR (AÑO)	HITO
V. Marcé (1860)	<i>Nota sobre una forma de delirio hipocondriaco consecutivo a las dispepsias</i>
W. Gull (1847)	<i>Apepsia histérica</i> y más tarde <i>perversión del yo</i>
Simmonds (1914)	Una disfunción hipofisaria como causa de la AN
P. Janet (1920)	Distinción entre AN primaria y secundaria
Autores psicoanalistas (1930 Aprox.)	Se reafirma el origen psicogénico de la AN
(1950 Aprox.)	Revolución conceptual y metodológica sobre la AN
Albert Stunkard (1958)	Descripción del trastorno por atracón
1965	Simposio de Gottingen
Rusell (1979)	Síndrome de bulimia nerviosa definido y primeros casos
Garfinkel y Garner (1982)	Establecimiento del modelo vigente de AN

1.3. Conceptualización actual y criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria

En el presente epígrafe se va a realizar una breve síntesis sobre la actual conceptualización de los TCA y los criterios diagnósticos, según las principales clasificaciones diagnósticas (DSM-IV-TR, DSM-5 y CIE-10).

1.3.1. Conceptualización actual

Fairburn y Walsh (2002) proponen la siguiente definición sobre los TCA "una alteración persistente del comportamiento o de la conducta alimentaria destinada al control de peso, lo que significativamente deteriora la salud física o el funcionamiento psicosocial de la persona". Sin embargo, no se ha logrado un consenso para definir a los TCA, aunque Fairburn y Harrison (2003) establecen tres características principales y necesarias de estos trastornos:

- 1) Una alteración persistente de los hábitos de alimentación o del comportamiento de control del peso.
- 2) Alteraciones conductuales asociadas al trastorno (por ejemplo, una sobrevaluación de la forma o el peso), cuyo resultado es un deterioro clínicamente significativo de la salud física o el funcionamiento psicosocial.
- 3) El trastorno no debe ser secundario a ningún trastorno médico general o a cualquier otra condición psicopatológica.

Con respecto a la anorexia nerviosa, Bruch (1973) ya señalaba que lo esencial es:

- la alteración de la imagen corporal,
- la alteración de la percepción de los estímulos procedentes del propio cuerpo y
- el sentimiento paralizante de ineficacia personal.

Por su parte, Russell (1979), tal y como se ha señalado, acuñó el término de *bulimia nerviosa*, describiendo esta como "una complicación de la AN caracterizada por":

- una poderosa urgencia por comer,
- la evitación de los efectos del atracón en el peso a través de vómitos, purgas o ambos y
- el miedo mórbido a engordar.

Mientras que Stunkard (1958) define el trastorno por atracón como una ingesta en un breve periodo de tiempo de una gran cantidad de comida tras la que se genera una sensación de autodenigración fuerte.

A día de hoy es un hecho contrastado el que los pacientes con TCA tienden a “migrar” entre las distintas categorías diagnósticas, fenómeno conocido como la *transición diagnóstica* o *entrecruzamiento diagnóstico* (Fairburn y Harrison, 2003). De modo que la mitad de los pacientes con AN terminan por desarrollar una BN, un tercio de los pacientes con BN provienen de una historia previa de AN y otro tercio ha presentado historia de sobrepeso u obesidad. Además, es bastante común que los pacientes con AN alternen entre sintomatología restrictiva y purgativa en diferentes momentos del trastorno y en torno a un 50 % de los pacientes con AN desarrollan

posteriormente BN (Bulik, Sullivan, Fear y Pickering, 1997). Este fenómeno genera continuos cruces o cambios de diagnóstico y generó dudas sobre el curso, la recaída, los subtipos o los propios criterios de los TCA (Eddy et al., 2008).

1.3.2. Criterios diagnósticos

Existen dos clasificaciones de trastornos mentales, usadas por los clínicos a nivel mundial, la primera de ellas es el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición Revisada* (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) y su última actualización el DSM-5 (2013); y, la segunda, la *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión* (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992).

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) aparece un capítulo específico denominado “Trastornos de la conducta alimentaria”, sin embargo, en el reciente manual DSM-5 (2013), se ha producido un cambio en cuanto a la denominación del capítulo, pasando a ser “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos” y definiéndolos como „una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial” (DSM-5, 2013, p. 329). De este modo, se han querido agrupar tanto los trastornos alimentarios, relacionados con alteraciones que tienen que ver con la alimentación que uno se procura, como los trastornos relacionados con la ingestión de alimentos, es decir, con el periodo evolutivo en el que se es alimentado por otros para nutrirse. Por lo que, en el nuevo manual diagnóstico, trastornos que anteriormente se encontraban dentro del apartado de “Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia” quedan agrupados en un solo capítulo. Mientras que en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10; OMS, 1992), los TCA se encuentran situados dentro de una categoría más amplia: “Los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” (CIE-10, 1992, p. 217) y, concretamente, en la categoría *Trastornos de la conducta alimentaria*.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) reconoce tres categorías principales: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el TCA no especificado (TCANE). Además,

se ha propuesto incluir otra categoría llamada *Trastorno por atracón* (TA). Asimismo, reconoce algunos trastornos de la alimentación de inicio en la infancia (Nicholls y Bryant-Waugh, 2009), aunque la actual revisión no recogerá este tipo de trastornos, pues se aleja del objeto de estudio.

A continuación, se muestran en la Tabla 1.2 las distintas clasificaciones de los trastornos de la conducta alimentaria en los principales manuales diagnósticos (DSM-IV-TR, DSM-V y CIE-10).

Tabla 1.2. Agrupaciones diagnósticas en TCA, según los principales manuales de clasificación diagnóstica.

Trastornos de la Conducta Alimentaria DSM-IV-TR (APA, 2000)	Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos DSM-5 (APA, 2013).	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Trastornos de la Conducta Alimentaria. CIE-10 (OMS, 1992).
–Anorexia nerviosa –Bulimia nerviosa –Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	–Pica –Trastorno de rumiación –Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos –Anorexia nerviosa –Bulimia nerviosa –Trastorno de atracones –Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta alimentaria no especificado –Otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos especificado	–Anorexia nerviosa –Anorexia nerviosa atípica –Bulimia nerviosa –Bulimia nerviosa atípica –Hiperfagia asociada a otros psicológicos –Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos. –Otros trastornos de la conducta alimentaria –Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación

1.3.2.1. Anorexia nerviosa

El diccionario de la Real Academia de la Lengua define *anorexia* como “la pérdida anormal del apetito”, diferenciándolo de la *anorexia nerviosa*, es decir, del “síndrome de rechazo de la alimentación por un estado mental de miedo a engordar, que puede tener graves consecuencias patológicas”.

Por un lado, para el DSM-IV-TR (APA, 2000), las características diagnósticas fundamentales en la anorexia nerviosa son: el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, el miedo intenso a ganar peso, la alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo y, en mujeres, la amenorrea. Por otro lado, en el DSM-5 (APA, 2013) se explica que las tres características diagnósticas de la anorexia nerviosa son: la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios. A continuación, se presentan los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y del DSM-5 (APA, 2013), para la anorexia nerviosa:

Tabla 1.3. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. DSM-IV-TR (APA, 2000).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA. DSM-IV-TR (APA, 2000)
<p>a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).</p> <p>b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>d) En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de, al menos, tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).</p> <p>Especificar el tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tipo restrictivo: durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., vómito autoinducido, abuso de laxantes, uso de diuréticos o enemas). – Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., vómito autoinducido, abuso de laxantes y uso de diuréticos o enemas).

Tabla 1.4. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. DSM-5 (APA, 2013).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA. DSM-5 (APA, 2013).
<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. <i>Peso significativamente bajo</i> se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/c el ejercicio excesivo.</p> <p>Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).</p> <p>En remisión total:</p> <p>Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.</p> <p>Leve: IMC >17 kg/m² Moderado: IMC 16-16,99 kg/m² Grave: IMC 15-15,99 kg/m² Extremo: IMC < 15 kg/m²</p>

Como se ha podido apreciar en las tablas 1.3 y 1.4, en ambos manuales diagnósticos (DSM-IV-TR, APA 2000; y en DSM-5, APA 2013), se ha de especificar el subtipo: anorexia restrictiva vs. anorexia con atracones/purgas. A los pacientes con anorexia restrictiva se les atribuye un mayor perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia, mientras que en los pacientes con anorexia con atracones/purgas es más habitual encontrar historia familiar de obesidad, sobrepeso pre, mayor impulsividad, reacciones distímicas frecuentes, mayor labilidad emocional y mayor frecuencia de conductas adictivas (DaCosta y Halmi, 1992; Garfinkel, Moldogsky y Garner 1980;). Atendiendo al CIE-10 (OMS, 1992), se puede decir que la anorexia nerviosa es un "trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo" (CIE-10, 1992, p. 219). El diagnóstico de la anorexia nerviosa ha de realizarse de un modo estricto, para lo cual se tienen en cuenta los siguientes criterios diagnósticos (Tabla 1.5):

Tabla 1.5. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. CIE-10 (OMS, 1992).

CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA. CIE-10 (OMS, 1992).
<ul style="list-style-type: none"> – Pérdida significativa de peso (Índice de Masa Corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento. – La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos. – Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. – Trastorno endocrino-gonadal generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparece la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de la insulina. – Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Además, la CIE-10 propone el diagnóstico de anorexia nerviosa atípica para cuando no se cumplen todos los criterios presentados previamente. A continuación, se muestran los criterios para anorexia nerviosa atípica.

Tabla 1.6. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa atípica. CIE-10 (OMS, 1992).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA. CIE-10 (OMS, 1992).
Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la AN (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la AN, pero en grado leve.

1.3.2.2. Bulimia nerviosa

El diccionario de la Real Academia de la Lengua define *bulimia* como “las ganas insaciables de comer”, mientras que la *bulimia nerviosa* la define como “el síndrome de deseo compulsivo de comer, con provocación de vómitos y consecuencias patológicas”.

Para el DSM-IV-TR (APA, 2000), las principales características diagnósticas de la bulimia nerviosa son dos: los atracones y el empleo de métodos compensatorios inadecuados para evitar el aumento de peso. Por un lado, los atracones aparecen caracterizados por el consumo de una cantidad de comida superior a la conveniente en un periodo de tiempo limitado y, por otro, por la falta de control que el individuo manifiesta durante la ingesta de comida. Sin embargo, el DSM-5 (APA, 2013) establece que son tres las principales características diagnósticas: los episodios recurrentes de atracones; los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso. Los atracones se definen como “la ingesta de cantidades superiores a las habituales en un periodo concreto de tiempo” (APA, 2013, p. 345); los métodos compensatorios empleados por individuos que padecen bulimia nerviosa se conocen como comportamientos de purga o purgas, dentro de esta denominación se encuentran métodos como el vómito, para el que se pueden emplear diferentes medios, desde el uso

de los dedos hasta la utilización inadecuada de laxantes y/o diuréticos; el ayuno o el ejercicio desmesurado.

Tabla 1.7. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa. DSM-IV-TR (APA, 2000).

CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVIOSA. DSM-IV-TR (APA, 2000).
<p>a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).</p> <p>b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como vómito autoinducido, abuso de laxantes, uso de diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.</p> <p>c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un período de 3 meses.</p> <p>d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.</p> <p>e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.</p> <p>Especificar tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tipo purgativo: durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. – Tipo no purgativo: durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni abusa de los laxantes, ni usa diuréticos o enemas en exceso.

Tabla 1.8. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa. DSM-5 (APA, 2013).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA DSM-5 (APA, 2013).
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</p> <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vomito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p>

Tabla 1.8. (Continuación). Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa. DSM-5 (APA, 2013).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA DSM-5 (APA, 2013).
<p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.</p> <p>En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.</p> <p>Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>

Con respecto a la especificación de subtipos diagnósticos en la bulimia nerviosa, Willmuth, Leitenberg, Rosen y Cado (1988) encontraron mayores grados de distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de estar delgadas, más patrones alimentarios anómalos y más psicopatología entre las pacientes que se purgan, en comparación con las que no lo hacen. Sin embargo, esta distinción ha dejado de reflejarse en el DSM-5 (APA, 2013).

De acuerdo con el CIE-10 (OMS, 1992), la bulimia nerviosa se refiere a la repetición de episodios caracterizados por la ingesta excesiva de alimentos, a la que se añade una preocupación desmesurada por el control del peso corporal. Del mismo modo que ocurre con la anorexia nerviosa, el diagnóstico de la bulimia nerviosa tiene que basarse en las siguientes pautas diagnósticas que quedan reflejadas en la Tabla 1.9.

Tabla 1.9. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa. CIE-10 (OMS, 1992).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA. CIE-10 (OMS, 1992).
<p>a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.</p> <p>b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.</p> <p>c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de AN con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.</p>

Como en el caso de la anorexia nerviosa, también en la CIE-10 (OMS, 1992) se plantea el diagnóstico de bulimia nerviosa atípica cuando no se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa. A continuación, se presentan los criterios (ver Tabla 1.10).

Tabla 1.10. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa atípica. CIE-10 (OMS, 1992).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA ATÍPICA. CIE-10 (OMS, 1992).
<p>En casos en los que faltan una o más de las características principales de la BN (F50.2), pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).</p>

1.3.2.3. Trastorno por atracón

En el DSM-IV-TR (APA, 2000), se planteaba una serie de criterios diagnósticos para la investigación del trastorno por atracón. Por su parte, en el DSM-5 (APA, 2013) el trastorno por atracón queda recogido como diagnóstico principal, caracterizado por atracones recurrentes, pero, a diferencia de la bulimia nerviosa, sin una conducta

compensatoria inapropiada y con ausencia de otra distorsión de la imagen corporal aparte de la insatisfacción con el propio cuerpo. A continuación, en las Tablas 1.11 y 1.12, se muestran tanto los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000), como los del DSM-5 (APA, 2013):

Tabla 1.11. Criterios diagnósticos para la investigación del trastornos por atracón. DSM-IV-TR (APA, 2000).

CRITERIOS DIAGNÓSTICO PARA LA INVESTIGACIÓN DEL TRASTORNO POR ATRACÓN. DSM-IV-TR (APA, 2000).
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingesta, en un corto periodo de tiempo (p. ej., en 2 h), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares2. Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo) <p>B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingestión mucho más rápida de lo normal2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre4. Comer a solas para esconder su voracidad5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón <p>C. Profundo malestar al recordar los atracones</p> <p>D. Los atracones tienen lugar como media, al menos dos días a la semana durante 6 meses <i>Nota:</i> el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa: futuros trabajos de investigación aclaran si el método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.</p> <p>E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno y ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia o bulimia nerviosa.</p>

Tabla 1.12. Criterios diagnósticos del trastorno por atracón. DSM-5 (APA, 2013).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO POR ATRACÓN. DSM-5 (APA, 2013).
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</p> <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. <p>C. Malestar intenso respecto a los atracones.</p> <p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>En remisión parcial:</i> después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado. – <i>En remisión total:</i> después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. <p><i>Especificar gravedad actual:</i> La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Leve:</i> 1-3 atracones a la semana. – <i>Moderado:</i> 4-7 atracones a la semana. – <i>Grave:</i> 8-13 atracones a la semana. – <i>Extremo:</i> 14 o más atracones a la semana.

Spitzer y colaboradores (1993) ya señalaban algunas características de los pacientes con trastorno por atracón, como son: mayor deterioro en el trabajo y en el funcionamiento social, exceso de preocupación por el cuerpo/figura y el peso,

psicopatología general, una importante cantidad de tiempo de la vida adulta haciendo dieta, antecedentes de depresión, abuso de alcohol/drogas, tratamiento por problemas emocionales, historia de obesidad severa (IMC>35), inicio precoz del sobrepeso e inicio temprano de dietas.

1.3.2.4. Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos “especificado” y “no especificado”

En el DSM-5 (APA, 2013) se encuentra un apartado denominado “Otro trastorno alimentario o de la ingestión especificado” y “Otro trastorno alimentario o de la ingestión no especificado”, mientras que en el anterior manual, en el DSM-IV-TR (APA, 2000), solo existía el apartado de trastornos no especificados. De este modo, en el actual manual de la APA se han pretendido reducir los trastornos alimentarios no especificados. Dentro del apartado de “Otro trastorno alimentario o de la ingestión especificado” se han de incluir los cuadros clínicos que producen malestar y deterioro significativos, pero que no cumplen todos los criterios para un diagnóstico concreto.

En la CIE-10, los “cuadros atípicos” incluyen seis categorías, realizando así una mayor profundización en las alteraciones de la alimentación asociados a otros trastornos. A su vez, incluye cuadros de sobreingesta asociados a problemas psicológicos como el duelo, los accidentes y otros estresantes, que pueden contribuir al sobrepeso. También incluye el vómito psicógeno, la pica y la disminución de apetito debido a causas psicógenas. Por su parte, el apartado del DSM-5 “Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificados” se reserva para aquellos casos en los que no se cumplen todos los criterios de los diagnósticos de categorías principales.

1.3.2.5. Crítica a los métodos diagnósticos

Tal y como se ha señalado previamente, existen altas cifras de entrecruzamiento diagnóstico entre subtipos de AN y BN que pueden reflejar problemas de validez del esquema diagnóstico actual, limitando su utilidad clínica. En seguimientos de siete años, más de la mitad de los pacientes con anorexia nerviosa se cruzaron entre subtipos restrictivos y compulsivo/purgativos a través del tiempo y un tercio se entrecruzó con

BN pero recayó en AN, siendo improbable que la BN se entrecruzara hacia AN. Por lo que estos hallazgos apoyan la distinción longitudinal de la AN y BN, sin embargo, no sustentan la división de los subtipos de anorexia nerviosa (Eddy et al., 2008), pero no todos los autores encuentran resultados similares. Los diagnósticos de TCA son fotografías en su proceso evolutivo y no es infrecuente encontrar pacientes que inicialmente reúnan los criterios diagnósticos para AN y luego los de BN, presentando así un estado mixto. Excepcionalmente algunos pacientes, son capaces de mantener un control estricto a través del tiempo, presentando una AN persistente, preocupante y difícil de tratar, constituyendo una pequeña minoría de los TCA.

En los TCA, existen diferentes subgrupos con cursos y desenlaces variados, además, la inestabilidad diagnóstica abarcó la gran mayoría de los pacientes sugiriendo que una integración de las aproximaciones categoriales y dimensionales podría mejorar la investigación psicopatológica y las oportunidades terapéuticas. Se han identificado los siguientes factores de riesgo de cambio de diagnóstico de AN a BN o de BN a AN: baja autosuficiencia o autonomía, elevadas críticas paternas, abuso/dependencia de alcohol y bajo nivel de búsqueda de sensaciones (Tozzi et al., 2005). De modo que los TCA son más variados y variables que lo sugerido por los criterios del CIE-10 (OMS, 1992) o del DSM-IV-TR (APA, 2000) y posterior DSM-5 (APA, 2013). Así pues, de acuerdo a Fairburn y Cooper (2011), la clasificación de los TCA en el DSM-IV-TR (APA, 2000) es un pobre reflejo de la realidad clínica. Pues esta guía diagnóstica reconoce básicamente dos condiciones, anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), aunque ambos estados son simplemente dos presentaciones, entre muchas. Como consecuencia, al menos la mitad de los casos vistos en la práctica clínica son relegados al diagnóstico residual de TCA no especificados (TCANE). Un ejemplo de este problema es la considerable superposición de los síntomas entre los diagnósticos de AN y BN, en particular con respecto a los síntomas de preocupación obsesiva sobre el peso del cuerpo, la alimentación restrictiva y el miedo a la gordura (Thaw, Williamson y Martin, 2001).

La AN y la BN presentan marcadas fluctuaciones sintomatológicas a lo largo del tiempo (Eddy et al., 2010). Mientras, el DSM-IV-TR (APA, 2000) no se ha focalizado en clasificar las presentaciones del TCA en individuos que no satisfacen los criterios completos para estos trastornos (Crow et al., 2002) y que generan un número importante de casos. Por su parte, la reciente aparición del DSM-5 (APA, 2013) no parece que vaya

a resolver muchos de los problemas que actualmente se plantean, en especial en lo referente a los denominados trastornos "no especificados" (Fairburn y Cooper, 2011), a los límites entre categorías diagnósticas (Wilson y Sysko, 2009) y a poblaciones específicas (Knoll, Bulik y Hebebrand, 2011), entre otros. Como señalan algunos autores (Keel, Brown, Holland y Bodell, 2011), se tiende a estudiar lo que previamente está definido, sin reparar en el hecho de que las clasificaciones diagnósticas no son, necesariamente, la realidad clínica por ello, por lo que es evidente que hay que seguir buscando categorías y modelos alternativos (Hebebrand y Bulik, 2011). Estos datos ponen de manifiesto que las categorías diagnósticas presentan algunas limitaciones, sobre todo en relación con la arbitrariedad y la rigidez, y también por no permitir la migración entre los TCA.

Muchos casos de AN evolucionan a BN o TCANE (Bulik et al., 1997) y muchos casos de BN evolucionan hacia TCANE (Keel et al., 1999; Fairburn et al., 2000). Christopher, Fairburn y Cooper (2007) sugirieron que estos cambios en el estado clínico no reflejan realmente la recuperación de un trastorno psiquiátrico, como el DSM-IV indica, sino más bien la evolución de un trastorno de la alimentación. La cuestión, por tanto, es si las controversias que existen con respecto a los diferentes diagnósticos tienen base empírica en términos de diferenciar la respuesta al tratamiento, sin embargo, poco se sabe acerca de esto. Los tres diagnósticos que existen no han sido validados en este sentido (Fairburn, et al., 2000).

Blashfield (1984) hizo una observación similar en referencia a las pruebas de validez de la clasificación: "El enfoque final de las pruebas es el más importante: la validación externa. En este enfoque, la validez de los grupos es examinada por compararlos en términos de variables que no se utilizan para formar los clusters" (Blashfield, 1984, p. 233). En el caso de trastornos de la alimentación, la aplicación de este enfoque implica que los individuos con BN deben ser diferentes de los individuos con AN, sobre las variables que no están incluidas en los criterios de diagnóstico en sí, si la distinción de diagnóstico es válida. Wonderlich, Crosby, Mitchell y Engel (2007) señalaron que es posible que muchos de los diagnósticos DSM puedan carecer de validez como categorías. Sin embargo, los especialistas seguirán necesitando una colección de descriptores diagnósticos que sean útiles, al menos clínicamente, con la duda de si son o no son científicamente válidos.

Por su parte, se puede plantear la duda de si se debe clasificar a los TCA de acuerdo con similitudes o diferencias en la psicopatología, etiología o fisiopatología. Si es así, se podría argumentar que los diagnósticos de AN y BN no se diferencian de forma fiable en diferentes variables etiológicas, incluyendo la historia familiar y las experiencias tempranas traumáticas (Strober et al., 2000; Wonderlich et al., 1997). En lo que respecta a la efectividad de los tratamientos actuales para los TCA, son numerosas las revisiones de los abundantes estudios terapéuticos existentes controlados en AN, BN y TA (Brownley et al., 2007; Bulik et al., 2007; Crow, Mitchell, Roering y Steffen, 2009; Shapiro et al., 2007; Wilson, 2005).

En la AN no parecen existir pruebas que garanticen el uso de un tratamiento específico, ni psicológico, ni psicofarmacológico (Court et al., 2008). En un amplio metaanálisis (Hartmann, Weber, Herpertz y Zeeck, 2011) sobre 57 estudios con 84 tipos de tratamientos y 2.273 pacientes, se llegó a la conclusión de que no existe un tipo de tratamiento psicológico que parezca aportar ventajas significativas sobre los demás para los pacientes con AN, indicando únicamente que el tratamiento hospitalario produjo un aumento de peso más rápido que el tratamiento ambulatorio. Asimismo, dos estudios relativamente recientes (Carter et al., 2011; McIntosh et al., 2005) ponen de manifiesto que, tanto a corto como a largo plazo, la terapia interpersonal, la terapia cognitivo-conductual y el manejo clínico con terapia de apoyo no específica aportan resultados similares en la AN. Vanderlinden (Vanderlinden, 2008) destaca la importancia de la alianza terapéutica, de no sobrevalorar en exceso la importancia de las cogniciones, de prestar más atención a los procesos familiares y sociales, y, fundamentalmente, de centrarse más en la experiencia emocional y el significado emocional de las experiencias personales, es decir, en los esquemas emocionales que sustentan las actitudes, las cogniciones y las conductas de las pacientes. En la BN y el TA, y desde hace mucho tiempo, la propuesta más eficaz pasa por la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico (Bacaltchuk, Hay y Trefiglio, 2005), ya que pueden proporcionar buenos resultados.

1.4. Diagnóstico diferencial de los trastornos de la conducta alimentaria

1.4.1. Anorexia nerviosa

Belloch, Sandín y Ramos (2008) indican que hay diversas alteraciones que cursan con pérdidas significativas de peso y/o patrones alimentarios anómalos que hay que diferenciar de lo que es un trastorno de la conducta alimentaria. Entre las alteraciones físicas que hay que descartar se destacan la diabetes mellitus, la neoplasia y la tirotoxicosis. La característica diferencial entre unos y otros trastornos estaría en la idea sobrevalorada de la delgadez, que solo aparece en los TCA (Perpiñá, 1989).

Por su parte, el DSM-IV-TR (APA, 2000) mantiene la necesidad de distinguir entre las enfermedades médicas (p. ej., enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida), el síndrome de la arteria mesentérica superior, el trastorno depresivo mayor, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico y la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa, ya que pueden compartir características como la pérdida de peso, pero no presentar otras como la imagen distorsionada del cuerpo que tienen las personas con anorexia nerviosa. En la misma línea, el DSM-5 (APA, 2013) considera que pueden existir otras posibles causas para un peso corporal significativamente bajo o una pérdida significativa de peso en el diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa, sobre todo cuando esta manifiesta características atípicas. La anorexia nerviosa se debe diferenciar de otras enfermedades con las que comparte la pérdida significativa de peso pero no comparte otras características concretas como son la percepción alterada del peso o de la constitución, el miedo intenso a ganar peso o el deseo de perderlo. Dichas enfermedades son las afecciones médicas (p. ej., enfermedad gastrointestinal, hipertiroidismo, cáncer oculto y síndrome de inmunodeficiencia adquirida), el trastorno depresivo mayor, la esquizofrenia, los trastornos por consumo de sustancias, el trastorno de ansiedad social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico corporal, la bulimia nerviosa o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

En el apartado de diagnóstico diferencial, la CIE-10 (OMS, 1992) afirma que, a pesar de no plantear grandes problemas, es necesario diferenciar o utilizar más de una categoría diagnóstica, ya que pueden aparecer síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de la personalidad anormales. Del mismo modo, no debe confundirse esta enfermedad con las causas somáticas de la pérdida de peso en enfermos jóvenes, entre

las que se encuentran enfermedades crónicas, tumores cerebrales y trastornos intestinales como la enfermedad de Crohn o el síndrome de malabsorción.

1.4.2. *Bulimia nerviosa*

Al igual que ocurría en el caso de la anorexia nerviosa, son varias las enfermedades que se deben incluir en el diagnóstico diferencial de la bulimia nerviosa. Belloch y colaboradores (2008) establecen que la característica diferencial es el propósito de los patrones anómalos de alimentación y de la pérdida de peso. Afirman que entre las alteraciones de etiología orgánica que hay que descartar se deben mencionar los tumores hipotalámicos y los síndromes de Kleine-Levin y de Klüver-Bucy en los que se pueden ingerir sustancias no nutritivas.

En cuanto al DSM-IV-TR (APA, 2000) y el diagnóstico diferencial de la bulimia nerviosa, esta clasificación determina que hay algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el síndrome de Kleine-Levin) o trastornos como el trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos, en los que se observa una conducta alimentaria alterada pero en los que no aparecen otras características diagnósticas de la bulimia nerviosa, como son la preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales y tampoco existen medidas compensatorias para el peso. Tampoco se ha de confundir la bulimia nerviosa con la anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo. Del mismo modo, en el DSM-5 (APA, 2013) el diagnóstico diferencial de la bulimia nerviosa presenta ciertas enfermedades que no deben confundirse con esta, dichas enfermedades son la anorexia nerviosa, del tipo con atracones/purgas; el trastorno por atracones, el síndrome de Kleine-Levin; el trastorno depresivo mayor con características atípicas; y el trastorno límite de la personalidad.

Sin embargo, la CIE-10 (OMS, 1992) establece que la bulimia nerviosa se debe diferenciar de enfermedades como los trastornos del tracto digestivo superior que pueden producir vómitos repetidos, y de una alteración más profunda de la personalidad, ya que el trastorno de la conducta alimentaria puede coexistir con dependencia al alcohol y conducta antisocial, y los trastornos depresivos.

1.4.3. Trastorno por atracón

Con respecto al trastorno por atracón, el DSM-5 (APA, 2013) señala que ha de realizarse un diagnóstico diferencial con respecto a la bulimia nerviosa (trastorno en el que se han de dar comportamientos compensatorios recurrentes), la obesidad, el trastorno depresivo y bipolar, y el trastorno límite de la personalidad.

La importancia clínica del trastorno por atracón también está relacionada con su frecuente comorbilidad con la obesidad, así como con complicaciones como el sobrepeso y los síntomas psiquiátricos de depresión y ansiedad, a menudo vinculados con la excesiva preocupaciones acerca de la comida, la forma del cuerpo y el peso (Casey et al., 2013). Los pacientes con trastorno por atracón muestran alexitimia y déficit en la identificación y la regulación emocional (Carano et al., 2012; Compare, Callus y Grossi, 2012) y muchos problemas interpersonales (Blomquist et al., 2012; Sawaoka et al., 2012).

Los trastornos de personalidad son también, con frecuencia, diagnosticados entre los pacientes con trastorno por atracón, así como, los trastornos del humor y el abuso de sustancias (Schag et al., 2013), que además se relacionan con una psicopatología más severa y peor pronóstico (Amianto et al., 2011; Carrard et al., 2012; Peterson et al., 2005). De este modo, los estudios señalan que la calidad de vida y la salud percibida son significativamente más bajas en estos pacientes en comparación con la población obesa, con gran expresión depresiva y de sentimientos negativos, desinhibición emocional e ira (Compare et al., 2012; Folope et al., 2012).

1.5. Curso, evolución y pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

1.5.1. Anorexia nerviosa

Los estudios indican que la AN comienza típicamente en la adolescencia con una restricción en la dieta extrema y rígida que produce una pérdida de peso. En algunos casos el trastorno es de corta duración y remite sin tratamiento o con una intervención breve, pero en otros tiende a persistir y requiere tratamientos especializados largos y complejos (Fairburn y Harrison, 2003). En el DSM-5 (APA, 2013) se indica que la anorexia nerviosa suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana y

que rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años, aunque se han descrito casos de inicio tanto temprano como tardío. El inicio de este trastorno se suele asociar a un acontecimiento vital estresante, aunque el curso y el desenlace del mismo son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, sin embargo, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. La tasa de remisión de este trastorno es relativamente baja (alrededor del 20-30 %) al poco tiempo de seguimiento, pero aumenta a casi un 70-80 % después de 8 o más años de seguimiento (Keel y Brown, 2010).

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) se indica que una fracción significativa de individuos que padecen anorexia nerviosa tipo restrictivo empieza a recurrir a atracones, lo que indica un cambio al subtipo compulsivo/purgativo. De modo que, un cambio sostenido en el cuadro clínico (aumento de peso junto con presencia de atracones y purgas) puede permitir, a veces, un cambio en el diagnóstico al de bulimia nerviosa. La tasa de mortalidad total se estima en 0,56 % por año o en, aproximadamente, el 5,6 % por década (Dalle, 2011), y las muertes suelen deberse a complicaciones médicas o suicidio (Nielsen et al., 1998).

Un factor pronóstico favorable es el inicio en una edad temprana, mientras que entre los factores de pronóstico desfavorable están la comorbilidad somática y psiquiátrica (Papadopoulos, Ekblom, Brandt y Ekselius, 2009). A su vez, se han considerado como factores de buen pronóstico, los rasgos de personalidad histriónica (Steinhausen, 2002) y el inicio en la adolescencia (Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Hjern, Lindber y Lindblad, 2006). En este último caso, no sería exactamente de buen pronóstico sino de mejor pronóstico que cuando el inicio de la AN se produce en la etapa adulta. Como factores de mal pronóstico también se han señalado la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias), presencia de vómitos autoinducidos, atracones o abuso de laxantes, rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva, ajuste social y duración de la enfermedad (Steinhausen, 2002; Tozzi et al., 2005).

1.5.2. *Bulimia nerviosa*

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) se indica como edad de inicio de la bulimia nerviosa el final de la adolescencia o el principio de la vida adulta, con una persistencia de la alteración de la conducta alimentaria de, al menos, varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas y en el DSM-5 (APA, 2013) se especifica que es infrecuente el inicio antes de la pubertad o después de los 40 años.

La BN, por lo general, comienza con una restricción en la dieta extrema y rígida, y una cuarta parte de los casos tiene un periodo en el que satisface criterios diagnósticos para la AN (Sullivan, Bulik, Carter, Gendall y Joyce, 1996). Sin embargo, es frecuente que después de un cierto periodo de tiempo los atracones interrumpen la dieta restrictiva y, como consecuencia, el peso del cuerpo tienda a permanecer en el rango normal. La tasa de remisión para la BN es baja en seguimientos a corto plazo (de entre el 27-28 % al año de seguimiento) y mejora en seguimientos más largos (hasta un 70 % o más a los 10 años de seguimiento), pero casi el 23 % tiene un curso crónico. Las tasas brutas de mortalidad de la BN han oscilado entre 0 % y 2 %. También en la BN se puede ver afectado el funcionamiento laboral y educativo (Hay y Mond, 2005).

Como factor de buen pronóstico se ha señalado el inicio precoz del tratamiento, al relacionarse con un mejor pronóstico. Este factor se estima como el mejor indicador de buen pronóstico, más aún que el tipo y la duración de dicho tratamiento (Reas, Williamson, Martin y Zucker, 2000). Por su parte, también correlaciona con el buen pronóstico, el comienzo de la enfermedad en la adolescencia en comparación con el inicio en la edad adulta (Fisher, 2003). Sin embargo, los factores de mal pronóstico serían los antecedentes de trastornos por consumo de sustancias o el abuso de laxantes que predicen intentos de suicidio (Franko et al., 2004); la comorbilidad con el trastorno obsesivo está asociada a una mayor duración de la enfermedad (Milos et al., 2002), la presencia en la infancia temprana de conflictos y/o rechazos en la comida (Kotler et al., 2001), un peor funcionamiento psicosocial y una mayor alteración de la imagen corporal, son los factores que más influyen en la recaída de la BN (Kell et al., 2005). Asimismo, la obesidad infantil, la baja autoestima y los trastornos de la personalidad parecen asociados con un peor pronóstico (Fairburn et al., 2003).

1.5.3. Trastorno por atracón

En el DSM-5 (APA, 2013) se reconoce el escaso conocimiento sobre el desarrollo del trastorno por atracón. En este manual se indica que muchos individuos con trastorno de atracón hacen régimen después de desarrollar los atracones (esto contrasta con la bulimia nerviosa, en la que el cumplimiento de un régimen disfuncional generalmente precede el inicio del atracón). Los individuos con trastorno por atracón que buscan tratamiento tienen, por lo general, mayor edad que las personas con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa que buscan tratamiento. A su vez, el trastorno por atracón parece ser relativamente persistente y su curso es comparable al de la bulimia nerviosa en términos de gravedad y duración.

Los pacientes con trastorno por atracón informan de una larga historia de ingestas compulsivas, con un aumento de la frecuencia en momentos de estrés, sin embargo muchos también refieren largos periodos de tiempo libres de atracones (Fairburn et al., 2003). Los resultados de los estudios indican que el TA se caracteriza por altas tasas de remisión espontánea (Fairburn y Cooper, 2007), de modo que a los cuatro años, las tasas de remisión que se han reportado son del 82 % en el TA en comparación con el 47 % de la BN y el 57 % de la AN (Agras et al., 2009). Los estudios indican que en los pacientes que no alcanzan la remisión, la migración del TA a una BN o AN es poco frecuente (Keel et al., 2010).

Inicialmente se consideró que el trastorno por atracón tenía su inicio en la edad adulta, pero estudios recientes sugieren una menor edad de inicio de la que se había supuesto previamente (Kupfer, Kuhl y Regier, 2013). De hecho, están surgiendo algunas evidencias de que el TA ocurre en la adolescencia y la infancia, con una edad media de inicio que va desde finales de la adolescencia a los 20 años de edad y una persistencia media de 4,3 años (Kupfer et al., 2013). Además, un inicio más temprano de atracones parece predecir un peor resultado y requerir intervenciones más complejas (Kessler y Wang, 2008). Aunque todavía hay un amplio debate sobre la estabilidad clínica de un diagnóstico, los datos parecen mostrar que este síndrome es estable (Moffitt et al., 2010; Paris, 2013). Asimismo, en el trastorno por atracón, la presencia de atracones frecuentes pronostica un aumento de peso. En un estudio los autores encontraron que la prevalencia de obesidad se duplicó en el grupo de pacientes que

mantenían el TA (Fairburn et al., 2000). Se ha señalado que la presencia de rasgos de personalidad Cluster B predicen mayor frecuencia de atracones (Wilfley et al., 2000).

1.6. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria

Existe una gran cantidad de estudios que analiza la epidemiología de los TCA desde los años 70. La mayor parte de los estudios se ha realizado en Europa, Australia, Estados Unidos y Canadá. En líneas generales, se podría decir que si bien existe discrepancia y variedad en los estudios epidemiológicos, también se puede admitir un riesgo de TCA entre el 4-12 % (las cifras que se barajan alcanzan hasta un 25 %) con una prevalencia de los TCA de entre el 1 y el 5 % (Calvo, 2012).

Hasta los años 90 no se habían llevado a cabo estudios epidemiológicos sobre los TCA en España. En la revisión bibliográfica realizada de Peláez, Raich y Labrador (2010) se señala que la mayoría de los estudios llevados a cabo en España están realizados con datos de algunas Comunidades Autónomas. Estos autores indican que las cifras de prevalencia obtenidas en los diferentes estudios epidemiológicos españoles son similares a las obtenidas en otros países desarrollados (en torno al 1-3 % en población adolescente y joven de ambos sexos; en torno al 4-5 % en mujeres jóvenes y adolescentes). A su vez, se detecta un amplio rango de variación en las tasas de prevalencia de los TCA de unos estudios a otros, algo que puede atribuirse tanto a las dificultades metodológicas generales inherentes a este tipo de estudios (Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2007), como a problemas metodológicos, dato previamente señalado. Además, son los síndromes incompletos o no especificados (TCANE) los cuadros más prevalentes en población comunitaria escolar, adolescente y juvenil. Siendo todos estos datos coincidentes con los encontrados en otros países desarrollados.

Con respecto a la AN, los estudios parecen indicar que la epidemiología de este trastorno ha permanecido estable durante las últimas décadas, sin embargo, se ha observado un incremento en el grupo con mayor riesgo, las mujeres de 15 a 19 años. En cuanto a la BN, parece que se ha producido una disminución en su incidencia desde principios de los noventa. En un metaanálisis realizado con diversos estudios del norte

de Europa, la prevalencia de AN se sitúa entre un 0 % y un 0,9 % y la de BN alrededor de un 1 % en mujeres jóvenes (Strober, Freeman y Morrel, 1997).

Aunque los trastornos de la conducta alimentaria no siempre han sido considerados enfermedades graves, los diferentes estudios evidencian una alta morbilidad y letalidad. Tres cuartas partes de los pacientes con AN se recuperan por completo, con una mediana de tiempo de 80 meses, y un 10 % lo hacen parcialmente. En el caso de la BN, casi la mitad se recupera completamente y un 23 % mantiene un curso crónico (Steinhausen, 2002). Sin embargo, los TCA presentan la tasa de letalidad más elevada de entre todas las enfermedades mentales, siendo mayor para la AN (Harris y Barraclough, 1998). En un meta-análisis realizado en el año 2011 la tasa de mortalidad, estandarizada por edad y año, fue de 5,86 por mil para la AN, 1,93 para la BN y 1,92 en los TCANE (Arcelus, Mitchell, Wales y Nielsen, 2011).

En términos medios, se estima que la incidencia de la AN viene a ser de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por cada 100.000 habitantes, con una prevalencia de 0,5 a 1 por 100.000 (Chinchilla, 1995), mientras que la incidencia y prevalencia de la BN presenta cifras variables entre el 4 y 8 % y entre el 1 y 3 % respectivamente (Chinchilla Moreno, 2003).

1.6.1. Anorexia nerviosa

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) se establecía una prevalencia de la anorexia nerviosa durante la vida, siendo en las mujeres, aproximadamente, de un 0,5 % (DSM-IV-TR, 2000) y en los hombres de, aproximadamente, una décima parte de la de las mujeres. En el actual DSM-5 (APA, 2013), queda reflejada una prevalencia de 12 meses de la anorexia nerviosa entre mujeres jóvenes de, aproximadamente, el 0,4 % y se especifica que, en el caso de los hombres, es menos común que entre las mujeres, y se mantiene la proporción señalada en el DSM-IV-TR (APA, 2000) de 10:1.

La anorexia nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en mujeres). Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y

Sudáfrica. La anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad, sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales (DSM-IV-TR, 2000). A continuación, en la Tabla 1.13 se muestra un listado de variables dimensionales epidemiológicas en anorexia nerviosa:

Tabla 1.13. Listado de variables dimensionales epidemiológicas en anorexia nerviosa. Tomado de Chinchilla, A. (1995).

Listado de variables dimensionales epidemiológicas en anorexia nerviosa
<ul style="list-style-type: none">• Aparición más precoz del TCA.• Más incidencia de trastornos depresivos en las AN crónicas.• 80-100 % tienen conductas bulímicas en algún momento de su evolución.• Frecuente alternancia sintomática entre AN y BN.• Las AN con bulimia tienen más antecedentes personales de obesidad premórbida, a diferencia de las restrictivas.• Las AN previamente obesas ganan peso más rápidamente que las que tenían peso previo normal.• Mayor obsesividad, actuando con gran autocontrol, meticulosidad, orden, perfeccionismo y rigidez.• Mayores prevalencias de trastorno Obsesivo-Compulsivo en familiares de primer grado de pacientes anoréxicas.• Importantes antecedentes vitales en el tipo purgativo.

Adaptado de Chinchilla Moreno, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson, S.A.

1.6.2. Bulimia nerviosa

El DSM-IV-TR (APA, 2000) indica una prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas de aproximadamente el 1-3 %, siendo diez veces menor en el varón. Esta patología aparece sobre todo en los países industrializados y, dentro de ellos, en el sexo femenino, constituyendo al menos un 90 % de los casos. Se inicia, generalmente, al final de la adolescencia o el inicio de la vida adulta y los atracones suelen comenzar tras un período de régimen o dieta. La edad de inicio suele oscilar entre los 18 y 25 años. Dada la privacidad de las conductas bulímicas, el trastorno puede permanecer durante años sin que el individuo busque ayuda.

Asimismo, en el DSM-5 (APA, 2013) se indica que la prevalencia a 12 meses de la bulimia nerviosa entre mujeres jóvenes se sitúa entre el 1 % y el 1,5 %. El punto donde la prevalencia es más alta es en las últimas etapas de la adolescencia o en la etapa

de adultos jóvenes. La bulimia nerviosa es menos común entre el sexo masculino, manteniéndose las proporciones señaladas en el DSM-IV-TR de 10:1 en la comparación de mujeres frente a hombres. A continuación, en la Tabla 1.14 se muestra un listado de variables dimensionales epidemiológicas en bulimia nerviosa:

Tabla 1.14. Listado de variables dimensionales epidemiológicas en bulimia nerviosa. Tomado de Chinchilla, A. (1995).

Listado de variables dimensionales epidemiológicas en bulimia nerviosa.
<ul style="list-style-type: none"> • Aparición más precoz de trastornos afectivos (77-81 %). • Más frecuente la fobia social (30 %). • Más frecuente el abuso de alcohol y tóxicos. • Mayor prevalencia de trastornos de personalidad (28-70 %), principalmente del tipo B, en especial el trastorno límite de la personalidad (25-50 %). • Trastorno de control de los impulsos grave hasta en un 25 %. • Temperamento impulsivo y caótico. • Mayor grado de extroversión. • Más conductas sociopáticas. • Mayor labilidad emocional. • Mayor búsqueda de novedades. • Más existencia de un continuum impulsividad-compulsividad. • Importantes antecedentes vitales. • Puede simular fases cíclicas similares al trastorno afectivo estacional. • Mayores sentimientos de disforia. <p>Curso más inestable, con tendencia a la cronicidad hasta en un 25 % de los casos, mejoría parcial en un 25 % y/o remisión en un 50 %.</p>

Adaptado de Chinchilla Moreno, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson, S.A.

1.6.3. Trastorno por atracón

El DSM-5 (APA, 2013) indica que la prevalencia a 12 meses del trastorno por atracones en estadounidenses adultos (18 o más años) es del 1,6 % en mujeres y del 0,8% en hombres. Del mismo modo, señala que el trastorno es más prevalente en aquellos que están buscando perder peso que en la población general.

En un estudio reciente (Stice, Marti y Rohde, 2013) realizado con una muestra de 496 mujeres adolescentes durante un período de 8 años, se encontró que la incidencia del trastorno por atracón (DSM-5, 2013) es de 343 por 100.000 persona/año. Por su parte, Hudson, Hiripi, Pope y Kessler (2007) señalan que el uso de los criterios propuestos en el DSM-5, en lugar de los criterios del DSM-IV, podría aumentar la prevalencia de los trastornos por atracón, pasando a un 2,9 % en las mujeres y al 3 % en los hombres. El trastorno por atracón parece ser 1,5-6 veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (Hudson, Coit, Lalonde y Poper, 2012; Preti et al., 2009; Swanson et al., 2011) y puede afectar a personas de cualquier edad aunque la cohorte de los 20 años tiene mayor riesgo que otros grupos de edad (Preti et al., 2009). Un estudio de Kessler y colaboradores (2013) muestra que en torno al 1,4 % de la población general padece TA.

Según García-Palacios (2014), el TA tiene una prevalencia de 1,6 % en mujeres y 0,8 % en hombres, encontrando que las diferencias de género son menos pronunciadas que en la bulimia y anorexia nerviosas. Las tasas de prevalencia son similares en los diferentes países industrializados y en Estados Unidos la prevalencia es comparable entre caucásicos, latinos, afroamericanos y asiáticos. Recientemente, un estudio de Hay, Girosi y Mond (2015) muestra una prevalencia de TA en la población australiana del 3% con sobrevaloración de la silueta y el peso corporal. En otro estudio reciente, Morales y colaboradores (2015) encuentran una prevalencia del 3,2 % en una muestra de jóvenes adultos universitarios colombianos. Además, pese a que inicialmente se consideró el TA un trastorno de la edad adulta, recientes estudios sugieren la existencia del mismo en edades más tempranas. Cada vez existe mayor evidencia de que este trastorno se inicia durante la infancia y la adolescencia, con edades de inicio que van desde el comienzo de la adolescencia hasta los 20 años. La duración media del trastorno es de 4,3 años (Kessler et al., 2013). Un inicio temprano de atracones parece predecir peores resultados tras el tratamiento y requiere intervenciones más complejas (Robinson y Safer, 2012). Por su parte, aunque el TA se puede dar en personas normopeso, hay estudios que sugieren que aproximadamente un 27 % de las mujeres que buscan tratamiento para perder peso presentan TA (Fandiño et al., 2010).

1.7. Resumen

En el presente capítulo ha quedado expuesto por qué el siglo XX se ha denominado *el siglo de la delgadez*. Y también que los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades graves de etiología multi-factorial que solo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que se suscitan, potencian y modifican mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural. Por esto resultan tan interesantes los estudios que analizan diversas variables que pueden mediar en el diagnóstico, gravedad, tratamiento y evolución de los trastornos de la conducta alimentaria.

Asimismo, ha quedado patente que dentro del término “TCA” se hace referencia a una gran colección de síntomas y sensaciones, sin que se haya logrado un consenso sobre ello. A pesar de esto, en el capítulo se ha realizado una exhaustiva presentación de los criterios diagnósticos de los TCA dentro de los principales manuales diagnósticos: DSM-IV-TR (APA, 2000), DSM-5 (APA, 2013) y CIE-10 (OMS, 1992).

Con respecto a la epidemiología de los TCA, a pesar de que existe una gran cantidad de estudios que la analizan desde los años 70, se ha detectado un amplio rango de variación en las tasas de prevalencia de los TCA de unos estudios a otros. Pero, en líneas generales, se puede admitir un riesgo de TCA de entre el 4 y el 12 % (las cifras oscilan hasta un 25%) con una prevalencia de TCA de entre el 1 y el 5 % (Calvo, 2012).

Como crítica a los criterios diagnósticos expuestos, se ha planteado que no es infrecuente encontrar pacientes que inicialmente reúnen los criterios diagnósticos para AN y más adelante los de BN, presentando así un estado mixto, o realizando un viraje total de un diagnóstico a otro.

Capítulo 2

Evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria

2.1. Introducción

En el siguiente capítulo se pretende realizar una exposición de las distintas áreas a tener en cuenta durante la evaluación de un paciente con posible alteración en la alimentación, así como los instrumentos que se han considerado más útiles o de mayor relevancia por uso o utilidad clínica en población adulta. Primero, se exponen las áreas a evaluar en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, se continúa describiendo los instrumentos específicos para valorar sintomatología TCA; y se concluye con la exposición de los instrumentos más habitualmente utilizados para valorar otras áreas relacionadas con los TCA.

Se debe tener en cuenta que el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria, dada su complejidad, es necesariamente multidisciplinar y, por tanto, una evaluación de los aspectos médicos por parte de un especialista es esencial y previa a cualquier evaluación e intervención psicológica. No menos importante es tener en cuenta que a menudo estos pacientes carecen de conciencia de enfermedad, por lo que van a rechazar cualquier tipo de ayuda e incluso a ocultar información o dar datos falsos. Por eso es fundamental contar con más de una fuente de información y emplear diversos instrumentos de evaluación que nos permitan obtener información convergente.

2.2. Áreas a evaluar en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria

Los síntomas que aparecen en los trastornos de la conducta alimentaria incluyen variables o factores físicos, conductuales, cognitivos y emocionales (Fernández-Aranda y Turón, 2004). De modo que la evaluación ha de incluir este amplio abanico de factores, valorados a través de la entrevista clínica, que se complementa con la exploración física, psicopatológica y conductual. De igual forma que el tratamiento de este tipo de patología ha de realizarse por distintos profesionales, la evaluación ha de ser multidisciplinar.

Se han seguido los objetivos y áreas fundamentales para la evaluación en pacientes con TCA que considera Perpiñá en 2015, que serían:

- Características diagnósticas y exploración de síntomas que permitan evaluar el cumplimiento de los criterios diagnósticos. Identificación y exploración de síntomas somáticos, conductuales, cognitivos y emocionales que permitan concluir si se trata de un TCA, y si lo es, cuál y de qué gravedad.
- Evaluación de los aspectos centrales del problema: áreas alimentaria y de la imagen corporal. Análisis de la demanda. Motivo expresado de consulta. Motivaciones para el cambio, expectativas de cambio, egodistonia/egosintonía. Listado de problemas, intensidad, frecuencia y duración. Antecedentes y consecuentes de las áreas problemáticas. Mantenedores, historia del problema. Episodios anteriores. Factores de vulnerabilidad y desencadenantes. Inferencia actual al problema en el funcionamiento psicosocial.
- Comorbilidad y psicopatología asociada. Síntomas y diagnósticos relacionados. Tratamientos anteriores.
- Área familiar y social. Contexto próximo para la comprensión y tratamiento del problema del paciente. Evaluación del entorno próximo. Valoración de los recursos del paciente y su estilo de afrontamiento. Habilidades interpersonales. Red social y apoyo.
- Formulación del caso y entrevista de devolución. Integración de la información del paciente particular con los modelos etiológicos y psicopatológicos de los TA. Contrastar la formulación con el paciente mediante la entrevista de devolución. Formulación abierta a las indicaciones de la paciente. Propuesta de tratamiento. Previsión de barreras de tratamiento.
- Evaluación del proceso terapéutico. En qué medida se van consiguiendo las metas terapéuticas.
- Valoración de la eficacia del tratamiento. Evaluación de las dificultades y barreras que han ido surgiendo en el proceso. Generalización y mantenimiento de los resultados del tratamiento.

Los puntos que se consideran fundamentales en la evaluación psicológica son: la historia clínica o anamnesis y examen de estado mental, la exploración de las áreas

física, emocional, conductual, cognitiva y de la imagen corporal, y la evaluación familiar.

A continuación, se van a exponer cada una de las partes que se han de recoger en la evaluación:

2.2.1. Historia clínica o Anamnesis y examen de estado actual

Según explica la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Grupo de trabajo de la Guía Práctica sobre trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009), a la llegada del paciente a los dispositivos especializados, se debe realizar una historia clínica completa. Estas entrevistas deben tener unas características concretas ya que el principal obstáculo para el diagnóstico recae en la disponibilidad de la persona para revelar sus motivos, síntomas y conductas. Por lo tanto, la empatía, apoyo y compromiso que perciba durante la entrevista clínica serán cruciales para conseguir que explique sus miedos sobre el aumento de peso, sus conductas alimentarias, conductas de purga u otras conductas alteradas como un exceso de ejercicio físico. No obstante, cuando se considere oportuno, deberá corroborarse la información con algún familiar, siempre con el consentimiento del paciente.

Es necesario recoger información sobre el paciente y la situación familiar, es decir, se debe conocer el genograma de este, con el objetivo de tener información sobre el entorno familiar y detectar dificultades estructurales; del mismo modo que se deberán rastrear antecedentes familiares y personales de patologías físicas y mentales. También se tiene que conocer la existencia o no de acontecimientos vitales estresantes (problemas socio-laborales, abusos, maltrato, etc.), ya que todo ello puede estar interfiriendo en la sintomatología del paciente y puede estar involucrado como desencadenante o factor mantenimiento de los TCA. Es necesario e importante enfatizar sobre la confidencialidad de toda la información que se proporcione en la entrevista, salvo cuando haya algún peligro para su integridad física o psicológica.

Durante la anamnesis, se preguntará sobre las distintas áreas involucradas en los TCA:

- Área física: pérdida de peso, amenorrea, etc.

- Área emocional: ansiedad, depresión, obsesiones, etc.
- Área conductual: dietas, ejercicio, atracones, etc.
- Área cognitiva: creencias irracionales, conciencia de enfermedad, etc.
- Área de imagen corporal.

2.2.2. Exploración de áreas física, emocional, conductual, cognitiva y de la imagen corporal

La exploración de estas áreas puede hacerse de varias formas, la primera de ellas, ya mencionada anteriormente, es la entrevista, sobre cuyas áreas se va a profundizar a continuación; y la segunda es la utilización de instrumentos de evaluación para valorar la conducta alimentaria y la situación psicopatológica del paciente, que se explicarán en los próximos apartados.

2.2.2.1. Exploración física

La exploración física completa es fundamental a pesar de tener menor utilidad diagnóstica que la exploración a través de la entrevista. La exploración física debe ir dirigida a valorar el estado nutricional del paciente y a detectar posibles complicaciones físicas secundarias a la restricción alimentaria y/o las conductas purgativas que determinarán la intervención o no de otros especialistas.

Siempre deberán recogerse los datos que corresponden a:

- Constantes vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura axilar y frecuencia respiratoria).
- Peso y talla. Conocer el peso del paciente es un dato fundamental, en primer lugar, porque el infrapeso es en sí mismo uno de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa y, en segundo lugar, porque nos permite conocer si existe una percepción alterada de la imagen corporal. El peso es más informativo si se pone en relación con la talla. Los índices ponderales más importantes para evaluar el peso han sido el Índice de Peso Relativo y el Índice de Masa Corporal de Quetelet:

El **Índice de Peso Relativo** es el que emplea el DSM-IV para indicar si existe infrapeso, aunque cada vez se utiliza menos porque se basa en tablas estandarizadas americanas, con las dificultades que esto plantea en cuanto a la representatividad de otras poblaciones. La fórmula de cálculo de este índice es la siguiente:

$$IPR = \text{Peso real} / \text{Peso ideal} \times 100$$

Un resultado de 100 indica que el peso corresponde al ideal según la edad y talla. Por encima de 120 es indicativa de sobrepeso y por debajo de 80 de infrapeso.

El **Índice de Masa Corporal de Quetelet** se calcula mediante la fórmula siguiente:

$$IMC = \text{Peso en Kg} / (\text{altura en m})^2$$

Este índice no presenta los problemas del anterior respecto al peso relativo y se considera un buen indicador del estado nutricional, por lo que actualmente es el más utilizado. Ver Tabla 2.1 Clasificación y significado del Índice de masa corporal (IMC) en adultos.

La CIE-10 establece como pauta diagnóstica para un AN un $IMC < 17,5$. Para las personas con BN se puede encontrar un peso normal o incluso un sobrepeso ligero.

Tabla 2.1. Clasificación y significado del IMC en adultos

Clasificación	IMC (kg/m^2)
Infrapeso	$< 18,50$
Grave	$< 16,00$
Moderado	$16,00 - 16,99$
Leve	$17,00 - 18,49$
Peso normal	$18,50 - 24,99$
Sobrepeso	$\geq 25,00$
Preobesidad	$25,00 - 29,99$
Obesidad	$\geq 30,00$
Obesidad clase I	$30,00 - 34,99$
Obesidad clase II	$35,00 - 39,99$
Obesidad clase III	$\geq 40,00$

(Tabla recogida en Perpiñá, C. (2015))

Según la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Grupo de trabajo de la Guía Práctica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009) se ha de realizar una exploración general por aparatos y sistemas, con una atención especial a los signos de malnutrición y a la detección del crecimiento o del desarrollo sexual:

- Exploración de piel y mucosas y exploración dentaria. Estado de hidratación de la piel y mucosas (pliegue cutáneo), presencia de pigmentación caroténica, presencia de hipertrichosis, alopecia, uñas frágiles, lesiones dérmicas sospechosas de autoagresión (cortes, arañazos, quemaduras), presencia de petequias, púrpuras, hipertrofia parotídea y/o de glándulas submaxilares, duricias o heridas en el dorso de la mano o los dedos a causa de provocarse el vómito (signo de Russell), lesiones orodentales o faríngeas crónicas, erosiones dentales, desmineralizaciones del esmalte y caries.
- Exploración cardiocirculatoria. El electrocardiograma se debe realizar a las personas con AN y signos de desnutrición y también a las personas con BN con alteraciones electrolíticas.
- Exploración respiratoria. Posibles infecciones oportunistas. En personas vomitadoras, posible neumotórax o, incluso, neumonía por aspiración.
- Exploración neurológica. Detección de posibles polineuropatías secundarias por déficits vitamínicos, detección de síntomas neurológicos secundarios a hipopotasemia y detección de intoxicación acuosa.

2.2.2.2. Exploración emocional

Según Perpiñá (2015), en los pacientes que sufren un TCA se encontrará un estado de ánimo disfórico, principalmente deprimido, con cambios bruscos de humor, irritabilidad, apatía y anhedonia. Muchas veces puede que se presente la alexitimia y la confusión sobre lo que sienten, incluso la confusión de señales corporales con emociones. El estado emocional puede desencadenar el atracón o el ayuno, de hecho, en estos cuadros se puede encontrar que la paciente suele manejar sus estados emocionales de manera disfuncional, a través de la comida y el control sobre comida y cuerpo.

De modo que, siguiendo lo señalado por la autora anterior, es de gran relevancia realizar una exploración del estado emocional del paciente, que permita establecer

objetivos terapéuticos concretos, así como, valoración de los avances alcanzados con el tratamiento, y el correspondiente diagnóstico diferencial.

2.2.2.3. Exploración conductual

Se debe conocer la frecuencia, el patrón (si existe) de aparición, los rituales que se siguen, las situaciones que los facilitan (el atracón previo, el miedo a engordar, la ingestión de un alimento determinado...) y las consecuencias (sensación de alivio, culpa...) de las conductas, ya que, por ejemplo, tanto en la bulimia nerviosa como en la anorexia (especialmente subtipo bulímico) aparecen vómitos, uso de laxantes, de diuréticos, excesivo consumo de agua y ejercicio físico, o ayuno prolongado.

2.2.2.4. Exploración cognitiva

En este tipo de exploración se deberán analizar creencias irracionales y distorsiones cognitivas relacionadas con el miedo a engordar, el peso y la imagen corporal; así como, otro tipo de aspectos cognitivos como el nivel de autoexigencias y el nivel de autoestima. La combinación de baja autoestima y perfeccionismo ayudan, por una parte, a perpetuar el trastorno y, por otra, intervienen facilitando el aislamiento social.

2.2.2.5. Exploración de la imagen corporal

Siempre se ha considerado que las alteraciones de la imagen corporal constituyen un síntoma central tanto en la anorexia como en la bulimia. Por un lado y de acuerdo con Rosen (1995), *imagen corporal* es un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Por otro lado, Thompson (1990) concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

- a) Un componente perceptual: precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes del cuerpo o de la totalidad del mismo (la alteración en los TCA da lugar frecuentemente a una sobrestimación del tamaño corporal).

b) Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo): actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el propio cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

c) Un componente conductual: conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (conductas de exhibición, de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

Es importante evaluar este aspecto, tanto en lo que se refiere a la representación mental del cuerpo como a la actitud y grado de satisfacción hacia él. Por lo tanto, debemos considerar varios puntos en la evaluación:

- El grado de distorsión en la percepción de la imagen corporal: estos pacientes tienden a sobreestimar el tamaño de su cuerpo (más de lo que lo hacen, a la luz de los estudios, normalmente la mayoría de las personas sanas), por lo que las técnicas de evaluación de este aspecto implican que el sujeto estime el tamaño de su figura corporal mediante diferentes mecanismos y que el examinador realice posteriormente el cálculo del Índice de Percepción Corporal, comparando la estimación del paciente con las medidas reales.

- El grado de satisfacción con el propio cuerpo: debemos conocer la valoración que el paciente hace de su propio cuerpo, las ideas erróneas y atribuciones que hace respecto a su figura e imagen corporal, el grado de satisfacción con su cuerpo y las emociones que todo esto genera.

Además, para explorar esta área, se pueden utilizar pruebas objetivas sin olvidar la correcta exploración de la entrevista. Dichas pruebas se nombran a continuación y se explicarán más adelante en el apartado de *Instrumentos para valorar sintomatología TCA: Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987) y Body Attitudes Test (BAT; Probst, Vandereycken, Coppenolle y Vanderlinden, 1995).*

Dentro de esta exploración de la imagen corporal, se han de examinar también determinadas conductas de evitación y reaseguración, es decir, se debe valorar la existencia de conductas de evitación con el fin de ocultar la propia imagen, como vestir ropas anchas, evitar ponerse bañador, evitar determinados lugares y actividades, evitar mirarse al espejo, etc. Así como, conductas de reaseguración de la propia gordura percibida, como mirarse repetidamente en el espejo, medirse partes del cuerpo, pesarse continuamente, etc.

La mayoría de las técnicas de evaluación de la imagen corporal se han centrado en la evaluación de dos de los tres componentes descritos por Thompson (1990) y señalados anteriormente: perceptivo y subjetivo. Los métodos de medida de las alteraciones perceptivas se pueden dividir en:

- a) Métodos de estimación corporal global, consistentes en evaluar el cuerpo en su conjunto que incluyen los métodos de distorsión de la imagen y las siluetas. El sujeto se ve confrontado a una imagen real presentada en vídeo, fotografía o espejo que es posible manipular haciéndola menor o mayor que en la realidad y en la que el sujeto ha de seleccionar la que mejor se adapta a la suya.
- b) Métodos de estimación de partes corporales, que evalúan partes del cuerpo que incluyen métodos analógicos y del trazado de imagen.

2.2.3. Evaluación familiar

El ambiente familiar será una gran fuente de información y sus miembros podrán ser utilizados como coterapeutas, si se considera necesario. La colaboración familiar en el mantenimiento de dietas, de las pautas de alimentación planteadas, etc. va a condicionar de manera muy importante el tratamiento. Por ello, se han de analizar las creencias e ideas irracionales que manejan sobre el peso y la comida, la actitud hacia la enfermedad del paciente, las pautas de refuerzo y castigo que siguen, etc., siempre teniendo en cuenta cómo altera la vida, ya que facilita la existencia de conflictos familiares derivados de la preocupación por el paciente, lo que a su vez aumenta la ansiedad de éste hacia la comida y facilita la cronificación del trastorno.

2.3. Instrumentos específicos para valorar sintomatología en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

2.3.1. Entrevistas

A pesar de que preguntar durante la realización de la anamnesis, explicada en el apartado anterior, por los ítems de los criterios diagnósticos de los TCA descritos en la CIE y el DSM para los distintos diagnósticos de TCA, es una forma realmente útil y muy frecuentemente señalada en la literatura existente, existen otros tipos de entrevistas

diagnósticas que se van a presentar a continuación. Las entrevistas semiestructuradas más utilizadas para el diagnóstico de los TCA son las siguientes:

- La entrevista diagnóstica *Composite International Diagnostic Interview* (CID-I) sección H (para TCA), desarrollada por la OMS (1990) con base en el DIS (Diagnostic Interview Schedule) y la PSE (Present State Examination)
- Examen de los Trastornos de Alimentación. *Eating Disorder Examination* (EDE-12.01) (Cooper y Fairburn, 1987; Fairburn y Cooper, 1993).

Aunque estas dos entrevistas se adecúan a criterios diagnósticos definidos por el DSM-IV-TR y la CIE-10, existe acuerdo en que la entrevista semiestructurada más fiable y mejor validada para el diagnóstico de TCA es el EDE.

Como explican Muñoz y colaboradores (2002), el EDE es una entrevista semiestructurada administrada por un entrevistador entrenado en la evaluación de los trastornos de alimentación. Distingue entre tres formas de sobreingesta: los episodios de bulimia, la sobreingesta objetiva y la sobreingesta subjetiva. La entrevista consta de preguntas clave y preguntas subsiguientes que son formuladas por el entrevistador, en el caso de que necesite obtener más información para hacer una valoración adecuada. La entrevista se refiere al estado actual del paciente, a las actitudes y conductas de las últimas cuatro semanas, y finalmente, las preguntas diagnósticas se refieren a los últimos tres meses. Las preguntas se valoran en términos de intensidad (0 = ausencia del síntoma, hasta 6 = presencia del síntoma en grado máximo) o frecuencia (0 = ausencia, hasta 6 = presencia del síntoma cada día). La puntuación global de la entrevista es la media de las puntuaciones obtenidas en las 4 subescalas. El tiempo de administración oscila en función del grado de severidad del trastorno alimentario, pero en general, es de 30 a 60 minutos (Muñoz et al., 2002)

También hay otras entrevistas que es necesario destacar, como lo hace Perpiñá (2015): la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, EJE I (*The Structured Clinical Interview for DSM-IV*); Axis I (*SCID-I*) (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997); el CEDRI (*The Clinical Eating Disorder Rating Instrument*) (Palmer et al., 1987); la DSED (*Diagnostic Survey for Eating Disorders*) (Johnson, 1985); la IDED (*Interview for Diagnosis of Eating Disorders*) (Williamson, 1990); o la YBC-EDS (*The Yale-Brown-Cornell Eating disorders Scale*) (Mazure et al., 1994).

2.3.2. Instrumentos de autoinforme

En 1979 apareció publicado el primer autoinforme diagnóstico dirigido a la anorexia nerviosa, el *Eating Attitudes Test* (EAT-40); (Garner y Garfinkel, 1979). Las 4 escalas adaptadas al castellano son: EAT-40, EDI-2, Q-EDD y TFEQ. Ninguno de los instrumentos cuenta con un análisis psicométrico total de validez, fiabilidad y sensibilidad.

A continuación, se detallan datos específicos sobre estos tipos de escalas:

1. Cuestionario de actitudes ante la alimentación (*Eating Attitudes Test*, EAT-40; Garner y Garfinkel, 1979).

El EAT fue diseñado para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Su intención era diseñar un instrumento fácil de administrar y corregir, además de que resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. Es una herramienta autoaplicada de 40 ítems (EAT-40). Cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos, que van desde "nunca" a "siempre". El rango de puntuación va de 0 a 120. Es un cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de los TCA. Con el punto de corte de 30 puntos o más en un grupo de afectadas con AN y un grupo control, la sensibilidad fue del 100 % y la especificidad del 84,7 %, con un VPP del 78,5 % y una tasa de falsos positivos del 9,8 % (Garner y Garfinkel, 1979).

De los diferentes instrumentos desarrollados desde los años 70 hasta la reciente actualidad, el EAT-40 ha sido el que ha gozado de mayor aceptación para la detección de TCA en la población general y es un instrumento que parece válido para identificar casos actuales o incipientes de AN y BN, dada su fácil aplicación, alta fiabilidad, sensibilidad y validez transcultural.

En España, la versión adaptada y validada del EAT-40 fue realizada por Castro, Toro y Salamero (1991) en un grupo de AN y un grupo control sano. Utilizando el punto de corte de 30 recomendado por los autores originales, la sensibilidad fue del 68% y la especificidad del 86 %. Si se valida en una muestra de mujeres de 18 años utilizando el cuestionario de Castro et al. (1991) y utilizando el punto de corte de 30, la sensibilidad es del 75 %, la especificidad del 97,1 % y el VPP del 36 %. De los diversos

estudios del autor se puede concluir que el EAT-40 es un cuestionario adecuado para la detección temprana de TCA en la población general (Canals, Carbajo y Fernández-Ballart, 2002)

Existe una versión abreviada de este cuestionario, el EAT-26, desarrollado mediante el análisis factorial del EAT-40 de Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel en 1982 y que es altamente predictivo de la versión completa ($r=0,89$). Consta de los 26 primeros ítems del EAT-40 que configuran tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por comer y control oral. Se valora mediante la misma escala de Likert de 6 puntos del EAT-40. El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. La validación española del EAT-26 en nuestro medio se ha llevado a cabo por Gandarillas y colaboradores (2002) en un medio comunitario en población femenina (15-18 años) escolarizada. Las características psicométricas de este cuestionario están situadas utilizando el punto de corte de 22 puntos o más, el rango de sensibilidad, especificidad y VPP ha sido de 65,1 % a 88,9 %, de 96,1 % a 97,7 % y de 44,4 % a 46,2 %, respectivamente, siendo las tasas de falso positivo del 2,7 % al 3,8 % (Jacobi, Hayward, de Zwaan y Agras, 2004).

2. Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (*Eating Disorders Inventory-2, EDI-2*; Garner, 1991). El *EDI-2* procede de la ampliación del *Eating Disorder Inventory (EDI)* de Garner *et al.*, en 1983.

Este inventario es un cuestionario autoadministrado utilizado para evaluar los síntomas que acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Consta de 91 ítems distribuidos en 11 subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Los ítems se contestan en una escala de seis puntos: "nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre o siempre". Las tres escalas adicionales que estaban ausentes en el EDI eran ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Una vez que el paciente ha contestado a todos los ítems, estos se valoran en una escala de 0 a 3, según el ajuste a la presencia de la sintomatología patológica. Las puntuaciones de cada escala se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que las

computan. Puede obtenerse una puntuación global pero es menos útil que una valoración por subescalas. El punto de corte de 14 en la subescala de obsesión por la delgadez indica tanto una mayor probabilidad de desarrollo de un trastorno de alimentación como la existencia de dicho trastorno en el momento de la evaluación. El tiempo estimado para la realización de la prueba es de 15 a 20 minutos.

La versión española del EDI-2 fue adaptada por la editorial TEA, a pesar de que en esta adaptación no se aconseja la utilización de un punto de corte total del test, la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria* (2009) indica dos posibles puntos de corte. En dicha guía se señala que cuando el punto de corte es de 80 para la puntuación total, la sensibilidad es del 91 % y la especificidad del 80%; mientras que cuando es de 105 puntos, la sensibilidad es del 82 % y la especificidad del 89 %.

Los criterios de calidad de este test tiene una fiabilidad de consistencia interna de 0,83-0,92, excepto la subescala miedo a madurez que es de 0.65; la fiabilidad de test-retest: es de 0,79-0,95 (tras una semana), excepto la subescala de conciencia interoceptiva: que la presenta de 0,67-0,97 (tras tres semanas), y la subescala miedo a madurez: 0,65-0,75 (tras 1 año). La validez tiene una correlación de la subescala de motivación para adelgazar con el Test de Actitudes hacia la Comida (EAT) de 0,71; en la subescala de restricciones alimentarias y el EAT de 0,61; mientras que la subescala de bulimia con las subescalas de bulimia y preocupación por la comida del EAT: 0.68. Discrimina entre pacientes con trastornos de alimentación de personas sin trastorno y es sensible al cambio producido tras el tratamiento en pacientes con bulimia nerviosa.

3. Cuestionario para el Diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (*Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses, Q-EDD*; Mintz, O'halloran, Mulholland y Schneider, 1997).

El Cuestionario para el Diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria es un cuestionario de 50 preguntas que operativiza los criterios diagnósticos del DSM-IV para los TCA. Se corrige siguiendo un diagrama de decisión, a modo de entrevista estructurada, que transforma los reactivos (o combinaciones de reactivos) en términos de “si se cumple o no” cada uno de los criterios diagnósticos, y de esta forma se llega a

un diagnóstico final. El Q-EDD diferencia entre los sujetos que presentan un TCA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la alimentación no especificados) y los que no lo presentan (asintomáticos).

El Q-EDD se adapta para nuestro país (Rivas, Bersabé y Castro, 2001) en las muestras clínica y escolar de ambos sexos, en los que se obtuvo una satisfactoria validez convergente y discriminante con los cuestionarios EAT-26 y BITE. En esta investigación se utilizaron dos versiones del Q-EDD: la que completaron los adolescentes sobre sí mismos (Q-EDD/H) y la que contestaron los padres sobre las conductas alimentarias de sus hijos (QEDD/P). Los autores del cuestionario analizaron las propiedades psicométricas del Q-EDD en una muestra de mujeres (Mintz et al., 1997) y encontraron resultados muy adecuados con respecto a la fiabilidad test-retest, la validez convergente con los cuestionarios EAT-40 y BULIT-R, el grado de acuerdo y los Índices de sensibilidad y especificidad con los diagnósticos de una entrevista diagnóstica estructurada (SCID).

4. Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (*Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ*; Stunkard y Messick, 1985).

Este cuestionario fue desarrollado por Stunkard y Messick en 1985 y su objetivo es evaluar tres dimensiones de la conducta alimentaria: control consciente, desinhibición y susceptibilidad al hambre. Contiene 51 ítems, que se dividen en dos partes, una primera de 36 ítems con dos opciones de respuesta (falso-verdadero) y una segunda con 15 ítems (tipo Likert) con cuatro opciones de respuesta, las calificaciones para los ítems de la primera y segunda parte van de 0 a 1. El TFEQ se divide en tres factores relacionados con la alimentación: a) restricción alimentaria (control consciente de la conducta alimentaria, $\alpha = 0,93$), las calificaciones en esta escala pueden ir de 0 a 21; b) desinhibición (ruptura del límite auto-impuesto de ingestión calórico, $\alpha = 0,91$), con puntuaciones que van de 0 a 16; y c) susceptibilidad al hambre ($\alpha = 0,85$), cuyas puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 14. Todos los reactivos correlacionaron de manera significativa con la puntuación total.

El TFEQ fue traducido, adaptado y validado en población española por Sánchez-Carracedo y colaboradores (1999), en esta versión se obtuvieron dos factores que

explican el 30 % de la varianza total (factor Restricción, $\alpha = .89$ y factor de Desinhibición, $\alpha = .86$). Su índice de consistencia interna alfa de Cronbach es de 0,86, cuya correlación con el total de la escala es de 0,76.

A continuación, se van a presentar de forma breve otros instrumentos de evaluación en sintomatología TCA:

- Cuestionario de bulimia revisado (*Bulimia Test-Revised, BUILT-R*; Smith y Thelen, 1984).

El BUILT-R procede del Cuestionario de bulimia (BUILT) compuesto por 32 ítems más cuatro sobre uso de laxantes que cubren 5 dimensiones (atracones o descontrol de las comidas, malestar, vómitos, tipo de alimento y fluctuación en el peso). En la puntuación se utiliza la escala Likert de 1 a 5, se obtiene una puntuación global (de 32 a 160, con punto de corte de 88 y 102) y luego por escalas.

Por su parte, el BULIT-R, es un cuestionario autoadministrado de 36 ítems evaluados según una escala de tipo Likert de 5 puntos para cada ítem. Cubre todos los criterios de DSM-IV para la bulimia nerviosa. Los ítems valoran atracones, conductas compensatorias y preocupación por peso y silueta. La puntuación total se obtiene con la suma de 28 de los 36 ítems de la escala, ya que no se tienen en cuenta los 8 ítems que recogen información sobre las conductas compensatorias, de modo que se obtiene una puntuación final de entre 28 y 140, con punto de corte en 104.

- Cuestionario de la forma corporal (*Body Shape Questionnaire, BSQ*; Cooper, Taylor, Cooper y Fairbun, 1987).

Es un cuestionario autoadministrado de 34 ítems, evaluados mediante una escala Likert de 6 puntos. El paciente responde a cada ítem según la frecuencia de aparición en las últimas 4 semanas, de "nunca" a "siempre". La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de cada ítem y oscila entre 34 y 204 puntos. No se ha obtenido una puntuación de corte pero sí puntuaciones medias con pacientes con bulimia nerviosa en comparación con muestra de población general de mujeres. El tiempo estimado para la realización es de 10 minutos.

- Cuestionario de la Forma Corporal (*Body Shape Questionnaire, BSQ*; Cooper et al., 1987).

Es un cuestionario autoaplicado que mide la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el

deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de los otros. También puede ser una herramienta útil para el estudio exploratorio de individuos en riesgo de desarrollar un TCA, teniendo en cuenta que el trastorno del esquema corporal es solo uno de los síntomas de esta patología. Consta de 34 ítems y se puntúa en una escala tipo Likert de 1 a 6 puntos, siendo el rango de la prueba de 34-204. Así pues, permite obtener una puntuación global (suma de las puntuaciones directas de los ítems) y se pueden derivar 4 subescalas: insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja estima por la apariencia y deseo de perder peso. El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105.

– Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo (*Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE*; Henderson y Freeman, 1987).

Es un cuestionario autoadministrado de 33 ítems cuyo objetivo es utilizarse como instrumento de exploración o como medida de respuesta al tratamiento. Según dicho objetivo se dará la consigna al paciente para que complete el cuestionario según síntomas experimentados en los últimos tres meses o en función del último mes, respectivamente. La subescala de Síntomas se compone de 30 ítems de respuesta Sí/No, que se puntúan de 0 a 1 aunque hay 5 ítems que se contabilizan a la inversa. La puntuación máxima es de 30 puntos. En general, se considera que una puntuación igual o superior a 20 presenta un patrón de alimentación altamente desorganizado e indica la presencia de atracones, de modo que aumenta la probabilidad de que se cumplan criterios DSM-III para bulimia nerviosa. El test incluye una escala de severidad compuesta por tres ítems y si se obtiene una puntuación alta en ella se deberá realizar una entrevista clínica. El tiempo de administración es de 5 a 10 minutos.

2.3.3. Autoobservación: registros

Otra forma de recabar información, de manera complementaria a la entrevista y a las medidas de auto-informe, son los autorregistros. A través de autorregistros se puede determinar la frecuencia e intensidad de conductas específicas a estudio. Para ello se entrega al paciente un registro de la conducta definida para que haga un examen de la misma. Estas herramientas son útiles para establecer la línea de base de la situación clínica del paciente, realizar el análisis funcional y también para valorar la eficacia de la intervención. Lo habitual es que se pida al paciente que registre la cantidad y tipo de

comida que ingiere, las situaciones y horarios en los que ingiere, los pensamientos previos y posteriores, el estado emocional y las circunstancias ambientales en las que se produce la ingesta. También puede ser útil registrar la percepción subjetiva de hambre con la que se inicia y terminan las comidas, el número de ingestas que se realizan al día, y el tiempo en el que se ingiere la comida, así como la cantidad y tipo de alimentos ingeridos.

Se suele aconsejar que se rastren al menos dos semanas de línea base, sin realizar cambios en la ingesta del paciente, es decir, antes de empezar a intervenir.

Es importante señalar que este tipo de instrumentos no están exentos de dificultades. De hecho, la fiabilidad del mismo depende de la exactitud y veracidad con la que se cumplimenta, por lo que la conciencia de enfermedad y el vínculo terapéutico han de estar ya consolidados para que resulte realmente útil.

– Autorregistro de alimentación (Saldaña, 1994). Este autorregistro se emplea para la evaluación de la obesidad, recoge información sobre los hábitos alimentarios del paciente en distintos momentos relacionados con la ingesta (desayuno, comida, merienda, cena y picar). Lo más recomendable es que se registre inmediatamente después de las comidas.

2.4. Instrumentos para valorar otras áreas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

A menudo los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan una psicopatología asociada, tal como trastornos de ansiedad, depresión, alteraciones del control de los impulsos (abuso de alcohol, robos, conductas agresivas, etc.) u otros. Además, los trastornos de la personalidad (TP) o rasgos de personalidad disfuncionales, han sido frecuentemente relacionados con este tipo de patología. Como ya se ha planteado, una evaluación profunda es fundamental de cara al tratamiento, tanto en el aspecto de condicionante del pronóstico como a la hora de decidir entre un abordaje ambulatorio u hospitalario. Por ello, se procede a exponer algunos de los instrumentos de evaluación que se consideran relevantes, con una mayor profundización en aquellos

que han sido utilizados en el presente estudio y que serán presentados en primer lugar en cada uno de los siguientes epígrafes.

2.4.1. Instrumentos para evaluar características de personalidad

– *Inventario clínico multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 1997). Adaptación española por Cardenal y Sánchez (2008). TEA Ediciones, S.A., Madrid.*

Este cuestionario evalúa estilos y trastornos de la personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos según criterios DSM-IV y la teoría de la personalidad de Millon (Millon, 1990). Consta de 175 ítems que evalúan las siguientes escalas: fiabilidad y validez; aspectos básicos de la personalidad, personalidad patológica, síndromes clínicos de gravedad moderada y síndromes de gravedad severa. Dispone de puntos de corte en las escalas para tomar decisiones ante trastornos comportamentales o síndromes clínicos. Su aplicación puede ser individual y colectiva, con un tiempo de administración que oscila entre 20 y 25 minutos (a partir de 18 años).

Los estudios de fiabilidad indican una consistencia interna mediante Coeficiente Alfa de 0,66-0,89 y una fiabilidad test-retest para las puntuaciones dimensionales de 0,85 y 0,93. El acuerdo entre jueces en los diagnósticos es de kappa <0,45 para todos los trastornos de la personalidad. Por su parte, los estudios de correlaciones entre las puntuaciones dimensionales del MCMI con distintos cuestionarios han arrojado resultados moderados, por ejemplo con el Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) la mayoría de las correlaciones de las escalas está por encima de 0,50 pero no llega a valores más elevados y los coeficientes son todavía menores cuando se correlacionan las puntuaciones categoriales con entrevistas de diagnóstico estructuradas o semi-estructuradas que, sin embargo, mantienen mejores índices de acuerdo entre ellas. La sensibilidad del MCMI-III varía mucho entre escalas: 0,44-0,92 (media=0,60); igual que su poder predictivo: 0,30-0,81 (media=0,69).

– *Inventario de temperamento y carácter-revisado (Temperament and Character Inventory, TCI-R; versión revisada de Cloninger, Przybeck y Svrakic, 1994).*

El TCI-R es un instrumento autoaplicado que cuantifica siete dimensiones de personalidad y 25 rasgos de segundo orden, compuesto por 240 ítems que se responden en escala Likert de 5 puntos. Ha sido utilizado en estudiantes, población general y población clínica y sus propiedades psicométricas, así como el trabajo empírico realizado con el TCI-R, están recogidos en el manual del grupo que lo desarrolló. La versión española del TCI-R fue realizada por Gutiérrez y colaboradores en 2004.

Todas las escalas mostraron valores α de Cronbach satisfactorios y en promedio, la consistencia interna de las subescalas resultó también aceptable (mediana $\alpha = 0,72$, percentil 25 = 0,64, percentil 75 = 0,77), con la excepción de 11 de ellas, con un $\alpha < 0,70$. Los valores de correlación total corregida de los ítems resultaron también en el rango entre aceptables y buenos, sin embargo, en varias escalas (principalmente NS, RD y CO) una minoría no despreciable de los elementos no mostró una consistencia satisfactoria ($r < 0,2$).

– *Examen internacional del trastorno de la personalidad (International Personality Disorder Examination, IPDE; Loranger, Janca y Sartorius, 1997).*

El IPDE es un instrumento diagnóstico basado en una entrevista clínica semiestructurada, que además es compatible con los criterios de valoración CIE-10 y DSM-IV. Se dispone de la versión española a cargo de López-Ibor, Pérez y Rubio en 1996. El *Internacional Personality Disorders Examination (IPDE)*, se desarrolló a partir del *Personality Disorders Examination (PDE)*, el cual fue modificado e internacionalizado adaptándolo a la CIE-10 y al DSM-IV. El objetivo de dicho instrumento era evaluar los trastornos de la personalidad según criterios de la CIE-10 y DSM-IV. La población sobre la que se basa la evaluación es en mayores de 18 (con ligeras modificaciones parece útil a partir de 15 años) y no es apropiada para pacientes muy agitados o con depresión grave, psicosis, retraso mental o deterioro cognitivo importante. El uso en pacientes con un proceso psicótico en remisión es controvertido.

Respecto a los criterios de calidad son similares a los obtenidos por otros instrumentos que se emplean en el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicosis (Loranger et al., 1994). Los Kappa para los trastornos de personalidad esquizotípica, personalidad compulsiva, histriónica, límite y antisocial oscilan entre 0,70 y 0,96. Asimismo, es un método útil y válido para evaluar trastornos de la personalidad con fines de investigación (Loranger et al., 1994).

2.4.2. Instrumentos para evaluar la sintomatología depresiva

– *Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck et al., 1961).*

El Inventario de Depresión de Beck es un cuestionario autoaplicado cuya función es evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión en población a partir de los 16 años. Dada su probada validez y fiabilidad, tanto en poblaciones clínicas como no clínicas, es uno de los instrumentos para valorar la sintomatología depresiva más utilizados (Beck, Steer y Garbin, 1988). Consta de 21 ítems y tiene como objetivo identificar síntomas típicos de la depresión severa y estimar la intensidad de la depresión. La puntuación obtenida va de 0 a 63 puntos y los puntos de corte son los siguientes: 0-9 (normal), 10-18 (depresión leve), 19-29 (depresión moderada) y 30-63 (depresión grave). Existen numerosos estudios que avalan la fiabilidad del BDI en muy diferentes muestras. Se han encontrado coeficientes de fiabilidad de consistencia interna que oscilan entre 0,76 y 0,95 en muestras de pacientes psicopatológicos, entre 0,73 y 0,93 en muestras de la población general, y entre 0,78 y 0,92 en muestras de estudiantes universitarios (Beck et al., 1988). Van Hemert, van de Vijver y Poortinga (2002), tras revisar la aplicación del BDI en 33 muestras de la población general y de estudiantes universitarios de diferentes países (Argentina, Australia, Brasil, Grecia, España, EE. UU. y Hong Kong), obtuvieron un coeficiente medio de consistencia interna de 0,85.

Existe una abundante literatura empírica que ha obtenido buenos índices de validez convergente del BDI al mostrar que el instrumento correlaciona de forma moderada o alta con otras medidas de depresión en distintos tipos de población (pacientes psicopatológicos, adultos de la población general, adolescentes, estudiantes universitarios, ancianos, pacientes médicos, etc.). Se ha encontrado una correlación media de 0,74 y 0,72 entre las puntuaciones del BDI y las valoraciones clínicas de depresión en muestras psiquiátricas y no psiquiátricas, respectivamente.

Sanz, Vázquez y Navarro (2003) han adaptado y validado la versión española del Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II). La adaptación española de Vázquez y Sanz ha obtenido un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,90 en una muestra de 338 pacientes españoles con diversos trastornos psicológicos (Vázquez y Sanz, 1999), de 0,83 en una muestra de 445 adultos de la población general española (Vázquez y Sanz, 1997), y de 0,83 en una muestra de 590 estudiantes universitarios españoles (Sanz y Vázquez, 1998). Con tres grupos de esta última muestra, Sanz y Vázquez (1998)

informaron de una fiabilidad test-retest de 0,72 al cabo de un mes y de 0,60 y 0,69 al cabo de tres meses. En su revisión de las propiedades psicométricas del BDI, encontraron una mayor estabilidad de las puntuaciones en muestras no psiquiátricas, con coeficientes de fiabilidad test-retest que oscilaban entre 0,60 y 0,90, que en muestras psiquiátricas, que mostraban coeficientes test-retest entre 0,48 y 0,86.

– *Escala de Hamilton para la depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D; Hamilton, 1959).*

La HAM-D es un cuestionario heteroaplicado que valora la severidad de los síntomas observados en la depresión, como insomnio, agitación, ansiedad y pérdida de peso. Desde que se publicó ha sido ampliamente utilizado. Consta de 21 ítems de respuesta múltiple. Las primeras 17 preguntas contribuyen a la puntuación total y las preguntas de la 18 a la 21 se realizan para dar mayor información sobre la depresión.

La versión española del cuestionario fue realizada por Lobo y Chamorro (2002). Esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclass es de 0,92. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9. Su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Beck, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica y, además, ha demostrado ser muy sensible al cambio terapéutico.

2.4.3. Instrumentos para evaluar la sintomatología ansiosa

– *Inventario de ansiedad rasgo-estado (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).*

Este inventario permite la autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (ansiedad-estado) y como rasgo latente (ansiedad-rasgo), aplicándose en adolescentes (a partir de 13 años) y adultos. El instrumento consta de dos partes, con 20 preguntas en cada una de ellas, la primera parte evalúa, a través de 20 preguntas, un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión, y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda

parte, también valorada a través de otras 20 preguntas, señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Tiene una adecuada validez y fiabilidad, con una consistencia interna de 0,90-0,93 (subescala Estado), 0,84-0,87 (subescala Rasgo) y con una fiabilidad test-retest de 0,73-0,86 (subescala Rasgo). Es un inventario que muestra una correlación con otras medidas de ansiedad, tales como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Cattell de entre 0,73 y 0,85. Presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0,60 (Spielberger et al., 1970).

– *Escala de Hamilton para la ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS; Hamilton, 1959).*

La HARS es una escala heteroaplicada para la evaluación de la ansiedad a partir de síntomas mediante los cuales se explora la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y somáticos. La escala consta de 14 ítems que puntúan de 0 a 1 e indica la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en la misma. Tiene una consistencia interna de 0,79-0,86 y una fiabilidad test-retest de 0,96. Respecto a la validez, las correlaciones de la HARS con la Escala de ansiedad de Covi son de 0,73-0,75; con el Inventario de Ansiedad de Beck es de 0,56 y se encuentran correlaciones significativamente altas (0,62-0,73) con HAM-D (Hamilton, 1959). Se dispone de la versión española adaptada a nuestro medio por Lobo y Chamorro en 2002.

2.4.4. Instrumentos para evaluar autoestima

– *Escala de autoestima de Rosenberg. (EAR; Rosenberg, 1965, adaptación española de Atienza, Balaguer y Moreno, 2000).*

Incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a, la mitad de ellos están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente, con una escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos. Esta escala ofrece un adecuado índice de consistencia interna, medida con el alpha de Cronbach, con valores comprendidos entre 0,74 y 0,88 (Davies, DiLillo y Martínez, 2004; McCarthy y Hoge, 1982; Shahani, Dipboye

y Philips, 1990). La versión española también presenta una elevada consistencia interna (alpha de Cronbach entre 0,80 y 0,87) y una fiabilidad test-retest de 0,72 (Atienza, Moreno y Balaguer, 2000; Baños y Guillén, 2000; Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004). A su vez, presenta correlaciones positivas con otras medidas de autoestima como el Health Self Image Questionnaire (Silber y Tippet, 1965), el Coopersmith's Self –Esteem Inventory (Coopersmith, 1967), y con la medida de autoestima global del Harter's Self Perception Profile for Adolescents (Hagborg, 1993).

– *Inventario de Autoestima de Stanley Copersmith versión Adultos (Self-esteem inventory adult form, SEI; Coopersmith, 1987).*

Este inventario es un instrumento autoaplicado cuya finalidad es evaluar las actitudes valorativas hacia sí mismo en las áreas personal, familiar y social. Se trata de una adaptación del Inventario de Autoestima de Coopersmith (1981) versión escolar original de la que se toman como referencia los primeros veinticinco ítems y se excluyen aquellos pertenecientes al factor mentiras. Está diseñado para mayores de 16 años. En cuanto al formato de respuesta, el evaluado ha de responder verdadero/falso en función de si se siente o no identificado con las afirmaciones descritas en los ítems, tales como: “estoy seguro de mí mismo”, “deseo frecuentemente ser otra persona”, etc.

2.4.5. Instrumentos para evaluar asertividad

– *Inventario de asertividad de Rathus (Rathus Assertiveness Schedule, RAS; Rathus, 1973).*

La RAS es un cuestionario autoaplicable, unidimensional, diseñado para evaluar el grado de asertividad en una variedad de situaciones y en términos de autoexpresión. Consta de 30 ítems y puede ser usado indistintamente en hombres y mujeres y la versión original posee una escala de acotación que va de +3 a -3 excluyendo el 0. Los puntajes oscilan entre -90, para un sujeto extremadamente no asertivo, hasta +90, para un sujeto extremadamente asertivo. Para cada ítem existen 6 grados de respuestas que fluctúan desde «muy característico» hasta «definitivamente no característico». Una puntuación positiva alta indica una alta habilidad social, mientras que una puntuación negativa alta indica una baja habilidad social. Se ha encontrado buena fiabilidad test-retest (de 0,76 a 0,83), de las dos mitades ($r = 0,77$) y una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de

0,73 a 0,86) (Beck y Heimberg, 1983; Heimberg y Harrison, 1980; Rathus, 1973; Vaal, 1975).

– *Inventario de aserción (Assertion Inventory, AI; Gambrill y Richey, 1975).*

El Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (1975) es una escala autoaplicada que consta de 40 ítems, pudiendo responderse a cada uno de ellos en una escala tipo Likert de cinco puntos. La parte relativa a la opción de asertividad o probabilidad de respuesta va desde 1 (“siempre lo hago”) hasta 5 (“nunca lo hago”), a mayor puntuación mayor falta de asertividad. Los autores del cuestionario encontraron una fiabilidad test-retest de 0,81 para la subescala de Probabilidad de respuesta (Gambrill y Richey, 1975). Sobre esta subescala, se han informado de coeficientes consistencia interna ($\alpha = 0,88$) adecuados de fiabilidad test-retest ($r = 0,84$) y de consistencia interna (con muestra española (Carrasco, Clemente y Llanova, 1989; Casas-Anguera et al., 2014).

2.4.6. Instrumentos para evaluar alexitimia

– *Escala de Alexitimia de Toronto (Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale, TAS-20; Bagby, Taylor y Parker, 1994, adaptación española de Martínez-Sánchez, 1996).*

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 20 preguntas con seis posibilidades de respuesta, que van desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” y que se puntúan entre 0 y 5. La estimación de cada una de las escalas se consigue mediante la suma simple de sus reactivos. Está compuesto por las subescalas: dificultad para la discriminación de señales emocionales; dificultad en la expresión verbal de las emociones y pensamiento orientado hacia detalles externos.

La puntuación total de la escala oscila entre un rango comprendido entre 20 y 100. Cada uno de los ítems se valora en función de una escala Likert que va desde 1 ("nada de acuerdo") hasta 5 ("totalmente de acuerdo"). La puntuación de corte universalmente aceptada es > 61 (Sandín y Chorot, 1995). La TAS-20 ha mostrado una fiabilidad (.81) y validez apropiadas. Los autores informan de coeficientes test-retest de $r = 0,82$ tras una semana y de $r = 0,75$ tras cinco semanas. El coeficiente de consistencia interna (alpha de

Cronbach) es de 0,75. Esta escala ha mostrado tener un alto nivel de fiabilidad y validez para la investigación clínica (Mann, Wise y Shay, 1992; Rodrigo, Lusiardo y Normey, 1989; Rodrigo y Lusiardo, 1992). En España, se han realizado varios estudios validando y utilizando el TAS-20 (Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2001; Martínez-Sánchez, 1996; Martínez-Sánchez et al., 1996; Moral de la Rubia y Retamales, 1999; Páez y Casullo, 2000; Páez et al., 1999; Pérez et al., 1997; Velasco y Páez, 1996).

– *Escala de Alexitimia de Noël (Noël, 1989).*

La Escala de Alexitimia de Noël consta de 12 ítems elaborados a partir de los tres elementos que componen la definición original de alexitimia, cada uno de los ítems dispone de cinco categorías que oscilan entre el 1 ("totalmente falso") y el 5 ("muy verdadero"). Cuando el sujeto contesta "totalmente falso" a una afirmación positiva o "totalmente verdadero" a una afirmación negativa, su respuesta se considera como alexitímica y se le dan cuatro puntos. Se han extraído tres factores que explican el 45 % de la varianza: 1) dificultad en verbalizar las emociones o de traducir en palabras los sentimientos; 2) pobreza de fantasía y 3) pensamiento operatorio (De la Vía, Echebarría, Yárnoz y Páez, 1989). Los autores informan de coeficientes test-retest de $r = 0,82$ tras una semana y de $r = 0,75$ tras cinco semanas, mientras que el coeficiente de consistencia interna (alpha de Cronbach) es de 0,75. Esta escala ha mostrado tener un alto nivel de fiabilidad y validez para la investigación clínica (Mann et al., 1992).

2.4.7. Instrumentos para estilos parentales

– *Instrumento de lazos parentales.* (Parental Bonding Instrument, PBI; Parker, Tupling y Brown, 1979, adaptación de Vallejo, Villada y Zambrano, 2007.

Cuestionario autoaplicado para medir dos dimensiones de las pautas de crianza: el Cuidado (entendido como preocupación contra indiferencia y rechazo) y la Sobreprotección (conductas contra los estímulos de independencia del hijo) que el hijo percibe en sus padres, referido a sus dieciséis primeros años de vida, aunque evalúa actitudes percibidas en la actualidad. Sobre la base de estos factores se construye una tipología de los vínculos parentales percibidos: Óptimo (alto cuidado, baja sobreprotección), Ausente o débil (bajo cuidado y baja sobreprotección), Constreñido

(alto cuidado y alta sobreprotección), Control sin afecto (bajo cuidado y alta sobreprotección). La medida es retrospectiva, lo que quiere decir que los adultos completan el instrumento de acuerdo a la percepción a sus padres hasta la edad de 16 años. El instrumento se completa para padre y madre por separado. Son veinticinco ítems, incluyen trece para afecto-cuidado y doce para control- sobreprotección.

El PBI ha mostrado tener buena confiabilidad a lo largo de muchos estudios a nivel mundial durante más de veinticinco años y en el estudio original, el PBI demostró tener buena consistencia interna y confiabilidad test-retest. En población universitaria de la ciudad de Medellín, obtiene alpha de Cronbach para afecto paterno de 0,89, para afecto materno de 0,88, para control paterno de 0,807 y para control materno de 0,85 (Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano, 2010).

– *Cuestionario de Apego Adulto (CAA; Melero y Cantero, 2008).*

Se trata de un instrumento elaborado y baremado con una muestra española, está compuesto por cuarenta ítems y ofrece información en cuatro escalas: *Escala 1*: baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; *Escala 2*: resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; *Escala 3*: expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; y *Escala 4*: autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. Este instrumento permite la clasificación de los sujetos en dos *clusters* (seguros/ inseguros) o en cuatro (temerosos, preocupados, seguros y alejados), según se combinen las cuatro escalas, ya que estas cuatro escalas representan dimensiones donde los sujetos se sitúan en un continuo. Su consistencia interna oscila de 0,68 a 0,86 (Melero y Cantero, 2008).

2.4.8. Instrumentos para evaluar agresividad

– *Cuestionario de Agresión (AQ; Buss y Perry, 1992, adaptación española de Andreu, Peña y Graña, 2002)*

Este cuestionario consta de veintinueve ítems y constituye una de las técnicas de auto-informe más avalada para la medición específica de dos tipos de agresión: la física y la verbal; asimismo, mide dos emociones relacionadas con la agresividad de los sujetos: la ira y la hostilidad. Los veintinueve ítems están codificados en una escala tipo

Likert de cinco puntos y, como se ha señalado, se estructura en cuatro sub-categorías: agresividad física compuesta por nueve ítems, agresividad verbal con cinco ítems, ira con siete ítems y hostilidad con ocho. La consistencia interna para las cuatro subescalas y la puntuación total, va de 0,72 para la escala de agresión verbal, hasta 0,89 para la puntuación total. En cuanto a la fiabilidad test-retest, las correlaciones van de 0,72 para la subescala de ira, hasta 0,80 para la de agresión física (Buss y Perry, 1992). En la adaptación española la escala de agresión física presentó un coeficiente alpha de 0,86, la escala de ira uno de 0,77, la de agresión verbal obtuvo 0,68 y la de hostilidad 0,72 (Andreu et al., 2002).

2.4.9. Instrumentos para evaluar impulsividad

– *Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11; Barratt, 1995, adaptación española de Oquendo et al., 2001)*

Escala compuesta de 30 ítems que miden *impulsividad cognitiva* (incapacidad para concentrarse, no pensar o reflexionar mucho acerca de las cosas que van sucediendo, velocidad de pensamientos), *impulsividad motora* (decir o hacer algo sin pensarlo, incapacidad para mantenerse quieto) y, por último, *impulsividad no planeada* (incapacidad para planear las cosas con antelación, incapacidad para demorar las gratificaciones). La consistencia interna de esta escala es elevada, entre 0,89 y 0,92 (Patton, Stanford y Barratt, 1995).

– *Escala de impulsividad de Plutchik (Plutchik y Van Praag, 1989).*

La escala de impulsividad de Plutchik consta de quince ítems que se refieren a la tendencia del paciente a hacer cosas sin pensar o de forma impulsiva, relacionándose todas con una posible falta de control sobre determinadas conductas. Se compone de cuatro subescalas: capacidad para planificar, control de los estados emocionales, control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales y control de otras conductas. Rubio y colaboradores (1998) llevaron a cabo la validación al castellano, que demostró tener una fiabilidad de 0,74.

2.4.10. Instrumentos para evaluar calidad de vida

– Perfil de Salud de Nottingham (*Nottingham Health Profile, NHP*; Hunt et al., 1981).

El Nottingham Health Profile (NHP) fue desarrollado originalmente en Gran Bretaña a finales de los años 70 para medir la percepción subjetiva del impacto de los problemas de salud. Es un instrumento genérico para medir la calidad de vida mediante la evaluación de seis dimensiones de salud: dolor, energía, reacciones emocionales, movilidad física, sueño y aislamiento social; con una puntuación de 0 a 100, correspondiendo la puntuación más alta a una peor percepción de salud. La versión española del Perfil de Salud de Nottingham (PSN) se obtuvo mediante la traducción transcultural al castellano y al catalán del NHP, y se ha comprobado su validez de construcción, su fiabilidad y sensibilidad a los cambios (Alonso, Antó y Moreno, 1990; Alonso, Prieto y Antó, 1995; Mchorney, Ware, Lu y Sherbourne, 1994; Mchorney, Ware y Raczek, 1993).

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Dichos ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Además, permite el cálculo de dos puntuaciones sumario: el componente físico y el componente mental. Para cada dimensión, los ítems se codifican, se agregan y se transforman en un rango de puntuaciones que va desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud). Las propiedades psicométricas de la versión española han sido evaluadas en diversos estudios (Vilagut et al., 2005).

2.4.11. Instrumentos para evaluar las relaciones sociales

– *Cuestionario de apoyo social DUKE-UNC-11* (DUFSS; Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988; versión española de Bellón, Delgado, De Dios y Lardelli, 1996).

El cuestionario es un instrumento estructurado de autoevaluación, sencillo y breve, validado en español, en él se recoge la opinión sobre la disponibilidad de otras personas para ofrecer ayuda en las dificultades, habilidades en las relaciones sociales y comunicación empática y emotiva. Consta de 11 ítems que se contestan mediante una escala de 1 a 5 puntos, donde las puntuaciones altas representan un mayor apoyo social. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos y el punto de cohorte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social es de 32 puntos en adelante (Alvarado, Zunzunegui y Delisle, 2005; Fernández, Bujalance, Leiva, Martos, García y Sánchez de la Cuesta, 2001; Rodríguez et al., 2009; Vinaccia et al., 2007).

La escala comprende a su vez dos subescalas: apoyo social confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y apoyo afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía). Tiene una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0,92. (De la Revilla et al., 19991).

– *Cuestionario de apoyo social* (MOS: Medical Outcomes Study; Sherbourne y Stewart, 1991).

Es un instrumento desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991) en pacientes participantes del *Medical Outcomes Study* (MOS). Asimismo, caracterizado por ser breve, de fácil comprensión y autoadministrado; permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: a) afectiva (demostración de amor, cariño, y empatía), b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y d) informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). Está constituido por 20 ítems, el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado(a), mide el tamaño de la red social; los demás se estructuran de acuerdo a la escala de Likert que puntúa de 1 ("nunca") a 5 ("siempre"). El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19 (García, 2003; De la Revilla, Luna, Bailón y Medina, 2005).

En su trabajo de validación del cuestionario de MOS, De la Revilla y colaboradores concluyeron que el cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso nos

permitirá descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales.

2.4.12. Instrumentos para valorar la sensibilidad a la ansiedad

- *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. (Anxiety sensitivity index, ASI-3;* Peterson y Reiss, 1992, versión española de Sandín, Chorot y McNally, 1996; Sandín et al., 2004).

Cuestionario autoadministrado de 16 ítems evaluados según escala tipo Likert de 5 opciones, cuya puntuación total va de 0 a 64 y se obtiene de la suma total de las puntuaciones de cada ítem. Aparte de la obtención de una puntuación general, se pueden obtener tres subescalas ASI-somática, ASI-cognitiva y ASI-social. Esta prueba posee excelentes propiedades psicométricas, tanto con población clínica como no clínica (Sandín, Chorot y McNally, 2001; Sandín et al., 2004; Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2005). Los coeficientes alfa indican que la consistencia interna es excelente para la escala total y para la subescala somática, buena para la subescala cognitiva y moderada para la subescala social. Se ha encontrado una buena consistencia interna para la subescala somática (0,89) y coeficientes más bajos para las subescalas cognitiva (0,78) y social (0,66) (Sandín et al., 1996; Taylor, Koch, Woody y McLean, 1996).

2.4.13. Instrumentos para evaluar obsesividad

- Escala Yale-Brown para el TOC (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS;* Goodman et al., 1989a).

Goodman y colaboradores diseñaron en 1989 la escala Y-BOCS para el TOC definido según los criterios del DSM-III-R. La escala mide la intensidad del TOC sin analizar el contenido de los síntomas; valora por separado obsesiones y compulsiones, y es sensible y selectiva en los cambios de la severidad de los síntomas. No es un instrumento diagnóstico, se aplica de forma rápida y práctica, y no confunde variables de rasgo y estado. De este modo, la Y-BOCS está creada para utilizarse en pacientes con diagnóstico de TOC, siendo un método adecuado para medir la intensidad de los síntomas y su variación ante el tratamiento. Múltiples estudios de comparación y

validación entre los instrumentos creados para medir sintomatología obsesivo-compulsiva concluyen que, de todos ellos, la Y-BOCS es la más adecuada por su mayor confiabilidad, consistencia interna y sensibilidad al cambio.

Se dispone de la versión española del Y-BOCS adaptada y validada en nuestro medio por Sal y Rosas y colaboradores en 2002.

La escala posee una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0,60-0,91; alfa de Cronbach para el total de los evaluadores 0,89 con $p < 0.0001$), una buena fiabilidad interobservador ($r = 0,98$ con $p < 0.0001$), así como, una variable correlación de cada ítem con la puntuación total de la escala ($r = 0,36-0,77$). La fiabilidad test-retest tras una semana es adecuada cuando se realiza por el mismo examinador. Los valores del alfa de Cronbach mostraron que el instrumento es altamente homogéneo. Además, posee una buena validez convergente cuando se compara con los resultados de otras escalas similares (National Institutes of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale (NIMH-OC), la CGI for Global Severity of OCD (CGI-OCS) (0,77, $p < 0.001$) y el Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI)) y una buena validez discriminante con las escalas de ansiedad (0,44) y depresión (0,26) de Hamilton. Distingue entre pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y sujetos con otros trastornos de ansiedad o sujetos sanos y es sensible a los cambios debidos al tratamiento (Goodman et al., 1989a; Goodman et al., 1989b).

2.5. Resumen

Como ha podido apreciarse a través de la presentación del capítulo sobre Evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria, existen numerosas áreas y métodos de evaluación para las mismas. Por su parte, ha quedado patente la necesidad de contrastar información con allegados del paciente, así como, la realización de diversas pruebas que permitan ir desvelando dificultades que los pacientes no son capaces de indicar en un primer momento.

El hecho de que los TCA presenten serias dificultades de tratamiento ha propiciado que los clínicos hayan utilizado todo el arsenal de métodos de evaluación del que disponen con el fin de intentar mejorar el conocimiento que se tiene de los mismos.

De esta forma se pretende mejorar la comprensión sobre la génesis, evolución, pronóstico y tratamiento de los TCA, y lograr una mayor especificidad en los métodos terapéuticos aplicados.

Capítulo 3

Trastornos de la conducta

alimentaria: variables relacionadas

3.1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se asocian a altos niveles de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos del eje I y del eje II según criterios DSM-IV-TR, especialmente con los trastornos de ansiedad, los trastornos del control de los impulsos y las adicciones.

En relación con la ansiedad, se afirma que la prevalencia de estos trastornos se encuentra entre el 25 % y el 75 % para bulimia nerviosa (BN) y entre 23 % y 75 % para anorexia nerviosa (AN) (Laessle et al., 1987; Schwalberg, Barlow, Alger y Howard, 1992; Swinbourne y Touyz, 2007). En cuanto a los trastornos del control de impulsos, se ha definido un subtipo de BN denominada *bulimia multiimpulsiva* en la que aparece la sintomatología alimentaria típica de estos pacientes y también existe una tendencia a la inestabilidad afectiva e interpersonal, escasa tolerancia a la frustración, gestos suicidas y consumo de sustancias (Bulik et al., 2004; Corstorphine, Waller, Lawson y Ganis, 2007; Fernández-Aranda et al., 2008). Por su parte, algunos estudios estiman que la prevalencia de comorbilidad entre BN y abuso de sustancias es del 55 % y en el caso de la AN de 23 % (Franko et al., 2008; Herzog et al., 2006; Holderness, Brooks-Gunn y Warren, 1994). Aunque parece que el diagnóstico es independiente, existen algunos estudios que han encontrado que hay una asociación entre la severidad y la gravedad en el curso de la enfermedad con el uso o abuso de sustancias pero parece que la concurrencia de ambos trastornos no se asocia a un empeoramiento en la recuperación de los síntomas alimentarios (Herzog et al., 2006; Wiederman y Pryor, 1996). Según el estudio de Wiseman (1999), donde se analizó el curso de la aparición del trastorno por abusos de sustancias en el contexto de TCA, la cronología en la aparición del uso de sustancias en el contexto de los TCA parece no seguir un patrón determinado (Wiseman et al., 1999).

También se han asociado los TCA con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno bipolar I o II (McElroy et al., 2011; Sallet et al., 2010). Estas asociaciones vienen a señalar que los pacientes diagnosticados de TOC con comorbilidad de TCA pueden estar asociados con mayor gravedad clínica, por mayores puntuaciones en

ansiedad, depresión e intentos autolíticos, que los pacientes con TOC como único diagnóstico. Por su parte, los pacientes con trastorno bipolar, especialmente las mujeres, no rara vez tienen trastornos alimentarios comórbidos y esta comorbilidad se asocia con una edad más temprana de inicio y curso más grave de la enfermedad bipolar.

Son muchos los autores que señalan que las personas que padecen un trastorno de la conducta alimentaria tienen claras dificultades con el mundo emocional (Chatoor, 1999; Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure, 2009; Hayaki, 2009; Waller et al., 2010). Los sentimientos de disforia y depresión acompañan frecuentemente a la conducta anoréxica y bulímica, considerándose ambas variables fundamentales en el mantenimiento de los TCA. La autovaloración de estos pacientes y su baja autoestima, vinculada a la no aceptación de su propio cuerpo, condiciona las características de sus relaciones, sus aspiraciones y actitudes. En general, se puede decir que esto se traduce en dificultades para expresar emociones y falta de habilidades de afrontamiento en circunstancias estresantes, especialmente en situaciones sociales, resultando un aspecto característico en los trastornos de la conducta alimentaria el deterioro en sus relaciones y el aislamiento social (Beato y Rodríguez, 2000; Raich, 1994; Saldaña, Tomás y Bach, 1997).

Por su parte, Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa (2011), desde la Universidad del País Vasco, realizan un estudio en el que analizan si determinadas variables emocionales pueden considerarse factores de riesgo en los TCA y encuentran que la variable que mostró mayor capacidad discriminante de todos los tipos de riesgo frente al grupo control fue la relativa a la influencia en el estado de ánimo. Asimismo, la baja autoestima mostró buena capacidad para discriminar el riesgo de purga/atracón y el riesgo de anorexia y purga/atracón frente al grupo control.

En la misma línea, se ha señalado que los pacientes con trastornos de conducta alimentaria presentan conductas impulsivas, pensamientos circulares repetitivos en cuanto a la comida y al peso y ciertas características de personalidad exacerbadas (como perfeccionismo y temor a madurar); siendo las alteraciones más frecuentes los síntomas depresivos, trastornos de ansiedad y una baja autoestima (Beato et al., 2000; Raich, 1994; Saldaña et al., 1997) y por su parte, la desregulación emocional ha sido recientemente considerada uno de los factores transdiagnósticos relacionados con varios

tipos de psicopatologías (Ehring y Watkins, 2008) y diferentes asociaciones entre la desregulación emocional y los síntomas de depresión, ansiedad y abuso de sustancias (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010).

Sin embargo, Fernández-Delgado y Jáuregui-Lobera (2016) realizan un estudio en el que valoran variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los TCA. Analizan 22 variables en tres grupos de pacientes TCA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados), en un grupo de 76 pacientes y no encuentran diferencias significativas entre los grupos en general, salvo para las variables relacionadas con los cuestionarios vinculados directamente con la sintomatología de TCA, es decir, con el Body Shape Questionnaire (variable de forma corporal) y el Eating Disorder Inventory (variables de deseo de delgadez y síntomas bulímicos que mostraron en el grupo de BN puntuaciones medias significativamente mayores respecto al grupo de AN). El algoritmo utilizado para estimar la intensidad de la sintomatología asociada mostró que el grupo de BN obtuvo mayor intensidad de sintomatología (83,2) que el grupo de AN (13,7). La AN purgativa (ANP) presenta mayor alteración o psicopatología que la AN restrictiva (ANR), de forma análoga, la BN subtipo purgativo (BNP) presenta mayor psicopatología que la BN subtipo no purgativo (BNNP). La AN subtipo purgativo tiene más en común con la BN que la AN subtipo purgativo y la AN subtipo restrictivo entre sí (Garfinkel, 2012). No obstante, pese a las diferencias existentes entre la AN y la BN señaladas, los autores indican que, ambas siguen compartiendo muchos síntomas. De modo que concluyen, por un lado, que los distintos grupos TCA comparten un importante número de factores psicológicos y psicopatológicos, y por otro, que la presencia del factor de comportamiento purgativo/restrictivo que no ha sido controlado, podría explicar el limitado número de variables que obtuvieron diferencias de medias significativas entre grupos en ese estudio. Por lo tanto, estos autores indican que se puede concluir que el grupo de BN presentó más intensidad de sintomatología asociada que el grupo de AN, aunque las variables con diferencias estadísticamente significativas entre grupos han sido limitadas (3 de las 22 variables, 13,64 %). Asimismo, son relevantes los estudios donde se compara la insatisfacción corporal en los distintos tipos de TCA que informan que los pacientes con bulimia nerviosa señalan más insatisfacción con la imagen corporal que los pacientes con anorexia nerviosa (Cash y Deagle, 1997; Ruuska, Kaltiala-Heino, Rantanen y Koivisto, 2005).

Con respecto al trastorno por atracón, se ha encontrado que suele co-ocurrir con varios trastornos mentales (ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo) y trastornos somáticos (diabetes, hipertensión) (Kessler et al., 2013; McElroy et al., 2011; Sallet et al., 2010).

A continuación, se presentan variables con las que se han asociado los TCA y que se han considerado relevantes en el presente estudio. Para una mayor visualización de la información, estas variables han sido agrupadas en diversas áreas que a su vez serán utilizadas en la parte empírica de la presente investigación. Primero se presentan las variables sociodemográficas, la relación entre sucesos vitales estresantes y TCA, los estilos parentales en estos pacientes, el área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA, el área del componente emocional y TCA, el área del componente conductual y TCA y se termina con el análisis del área de autopercepción y TCA. En el siguiente capítulo (Capítulo 4) se van a presentar los estudios que analizan la relación entre los trastornos de la personalidad y los TCA, dado que su estudio ha generado gran cantidad de bibliografía al respecto y se ha considerado un eje fundamental.

3.2. Trastornos de la conducta alimentaria y variables sociodemográficas

3.2.1. *Sexo*

Numerosas investigaciones encuentran que la frecuencia de los TCA es mucho mayor en las mujeres que en los varones (Hay, Mond, Buttner y Darby, 2008; Hoek y van Hoeken, 2003; Imaz, Ballesteros, Higuera y Conde, 2008; Mancilla-Díaz et al., 2007; Peláez-Fernández et al., 2008; Ruiz-Lázaro, 2013), así, la relación entre mujeres y varones viene a ser de 9-10:1, ya que casi todos los estudios epidemiológicos constatan que el 90-95 % de los sujetos afectados de algún tipo de TCA son mujeres (Lucas, Beard, O'Fallon y Kurland, 1991).

3.2.2. *Edad*

Aunque las edades de inicio de los TCA se sitúan en la adolescencia o juventud y, de forma más específica, en el caso de la AN la edad de inicio más frecuente oscila

entre los 13 y los 18 años (Gotestam y Agras, 1995), lo que se ha encontrado, gracias a los estudios que se realizan en centros ambulatorios de tratamiento de adultos, es que la edad media se sitúa alrededor de los 30 años. Rockert, Kaplan y Olmsted (2007) realizaron un estudio donde se analizan los resultados obtenidos en un centro ambulatorio de TCA en Toronto y encuentra que la edad media de los pacientes que asisten es de 28-49 años, edad homologable a la obtenida en los estudios de Varela-Casal, Maldonado y Ferre (2011), que señalan una edad media de 29,9 años.

Con respecto a la BN, la investigación epidemiológica señala que es más frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, estando la edad media de aparición alrededor de los 20 años de edad y siendo la proporción mujeres-varones, al igual que en la AN, de 10:1. No obstante, es importante destacar que debido a que este trastorno no cursa con un deterioro somático tan severo y llamativo como la AN, gran parte de estas pacientes pasan desapercibidas durante mucho más tiempo, tanto a los ojos del especialista como para la propia familia del paciente e incluso el paciente presentará serias dificultades para reconocer sus dificultades.

3.2.3. Diagnósticos y subtipos diagnósticos

En el citado estudio de Varela-Casal y colaboradores (2011) sobre los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos se encuentra que los diagnósticos más frecuentes son de BN (38,3 %), seguida de AN (28,8 %). Asimismo, estos autores indican que este hecho se debe a que el centro de estudio es un dispositivo especializado en el abordaje de estos casos complejos y de alta gravedad, los cuales en su inmensa mayoría provienen de otros dispositivos donde no han respondido al tratamiento, por lo que parece más probable que pudiesen corresponderse con cuadros clínicos complejos de AN y BN y no cuadros incompletos como TCANE.

3.2.4. Nivel socioeconómico

Aunque ciertos estudios epidemiológicos hablan de una incidencia similar en todos los estratos sociales (Garfinkel y Garner, 1992), contrariamente a la predominancia de clases sociales medias-altas que se mantuvo en un principio (Crisp, Palmer y Kalucy, 1976), la relación entre el nivel socio-económico y el desarrollo de un

TCA sigue siendo una cuestión inconclusa. Algunos autores afirman que los TCA serían, en líneas generales, más frecuentes en las poblaciones sociales más desfavorecidas (Pope, Champoux y Hudson, 1978), mientras que otros diferencian entre la AN, que tendría su un incidencia superior en los niveles socio-económicos elevados, y la BN, que afectaría en mayor medida a las clases sociales más desfavorecidas (Gard y Freeman, 1996).

3.2.5. Raza

Históricamente, los trastornos de la conducta alimentaria se han percibido como trastornos que afectan solo a las mujeres blancas (Gordon, Pérez y Joiner, 2002). Pero algunos autores han encontrado que al menos algunas presentaciones existen en todas las razas (Cachelin, Rebeck, Veisel y Striegel-Moore, 2001; Gordon et al., 2002; Smolaky Striegel-Moore, 2001).

3.2.6. Antecedentes familiares

León y colaboradores (2010) realizan un estudio sobre una muestra de 44 mujeres con trastorno de la conducta alimentaria, y encuentran que un porcentaje elevado (40 %) de los participantes refirió antecedentes de TCA en la familia, siendo esos porcentajes mayores en relación con familia extensa (primas y tías) y de primer grado. Estos datos se encuentran en la línea de confirmar el fenómeno de la transmisión generacional y coinciden con la literatura internacional que ha documentado dicho fenómeno desde hace ya décadas atrás (Crisp et al. 1974; Kalucy et al. 1977; Moorhead et al. 2002). El porcentaje de pacientes que refirieron antecedentes familiares en el ese estudio es concordante con el encontrado por Ochoa de Alda, Espina y Ortego (2006), quienes encontraron que el 43 % de pacientes refería antecedentes familiares de TCA.

3.2.7. Uso de Internet

En un reciente estudio realizado en China por Peat y colaboradores (2015), se concluye que entre los adultos de esta muestra, hubo una asociación positiva significativa entre el acceso a Internet y la creencia subjetiva de gordura y la

preocupación por la pérdida de control sobre la alimentación. Además, señalan que el patrón de resultados podría sugerir que el acceso a Internet tiene un impacto negativo en estos dominios en las mujeres adultas, independientemente del número de horas efectivamente gastadas en Internet. Aunque destacan que los análisis actuales no se prestan a la inferencia causal.

A continuación, se muestra en la Tabla 3.1 las variables dimensionales epidemiológicas de la AN y la BN:

Tabla 3.1. Anorexia y bulimia nerviosas: variables dimensionales epidemiológicas.

Bulimia nerviosa	Anorexia nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> • Aparición más precoz de trastornos afectivos (77-81 %). • Más frecuente la fobia social (30 %). • Más frecuente el abuso de alcohol y tóxicos. • Mayor prevalencia de trastornos de personalidad (28-70 %), principalmente del tipo B, en especial el trastorno límite de la personalidad (25-50 %). Esta elevada prevalencia puede que esté «enmascarada» por la alta similitud de estos síntomas o rasgos con los de la propia BN o ¿son manifestaciones de la misma enfermedad? • Trastorno de control de los impulsos grave hasta en un 25 %. • Temperamento impulsivo y caótico. • Mayor grado de extroversión. • Más conductas sociopáticas. • Mayor labilidad emocional. • Mayor búsqueda de novedades. • Más existencia de un continuum impulsividad-compulsividad. • Importantes antecedentes vitales. • Puede simular fases cíclicas similares al trastorno afectivo estacional. • Mayores sentimientos de disforia. • Curso más inestable, con tendencia a la cronicidad hasta en un 25 % de los casos, mejoría parcial en un 25 % y/o remisión en un 50 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición más precoz del TCA. • Más incidencia de trastornos depresivos en las AN crónicas. • 80-100 % tienen conductas bulímicas en algún momento de su evolución. • Frecuente alternancia sintomática entre AN y BN. • Las AN con bulimia tienen más antecedentes personales de obesidad premórbida, a diferencia de las restrictivas. • Las AN previamente obesas ganan peso más rápidamente que las que tenían peso previo normal. ¿Es posible una predisposición metabólica? • Mayor obsesividad, actuando con gran autocontrol, meticulosidad, orden, perfeccionismo y rigidez. • Mayores prevalencias de trastorno obsesivo-compulsivo en familiares de primer grado de pacientes anoréxicas. ¿Existencia de algún factor causal común? • Importantes antecedentes vitales en el tipo purgativo.

Tomado de Chinchilla, A. *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa* (1995) y *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones* (2003).

3.3. Trastornos de la conducta alimentaria y acontecimientos vitales estresantes

Primeramente se ha de establecer qué se entiende por sucesos o acontecimientos vitales estresantes (AVE, en lo sucesivo). Ya Selye introdujo el término *estrés* en el ámbito de la salud, con un significado de „respuesta general (no específica) del organismo a un estresor o situación estresante” (Selye, 1954). Posteriormente, Sandín (1993) define *estrés* en términos de „condiciones de amenaza, demanda, desafío o pérdida que ponen en peligro la integridad del organismo”. Son situaciones caracterizadas por su impredecibilidad y su incontrolabilidad. Dentro de la bibliografía científica se puede encontrar diversa nomenclatura en relación a los sucesos vitales estresante, por ejemplo, el término *experiencias traumáticas tempranas* hace referencia a diferentes acontecimientos que ocurren en la infancia y la adolescencia, que se caracterizan por estar fuera del control del menor, por impedir o alterar el desarrollo normal y causar estrés y sufrimiento (Burgermeister, 2007).

Se ha constatado que la presencia de eventos o acontecimientos estresantes tiene implicaciones importantes en la salud física y emocional de las personas (Thabrew, de Sylva y Romans, 2012), y además, se ha asociado con una mayor vulnerabilidad a la psicopatología y a un peor estado físico en la edad adulta (Shonkoff et al., 2012). Diversas investigaciones han identificado factores de riesgo para los desajustes emocionales y mentales y, dentro de ellas, son de gran importancia las que plantean el estudio de los estresores (Giráldez, 2003; Serrano, 2008), siendo el grupo primario el de mayor importancia (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Beckham y Leber, 1997; Clark, Beck y Alford, 1999; Dobson y Kendall, 1993). Además, se ha estimado que entre el 34% y el 53 % de los pacientes con algún tipo de problemática de salud mental ha tenido algún antecedente de abuso físico y sexual durante la infancia (Alarcón, Araujo, Godoy y Vera, 2010). Del mismo modo, la existencia de traumas tempranos ha sido asociada con diferentes complicaciones en el curso de las patologías mentales, como mayor comorbilidad y gravedad, peor respuesta al tratamiento farmacológico y peor pronóstico (Álvarez et al., 2011; Nanni, Uher y Danese, 2012; Teicher y Smanson, 2013). En la misma línea, investigaciones recientes señalan una peor salud mental, en general, en personas que han sufrido abusos, con mayor presencia de síntomas y trastornos mentales (Carr et al., 2013; Sala, Goldstein, Wang y Blanco, 2014; Subica,

2013). Y, como ya se ha indicado, se ha evidenciado que los estresores son factores de riesgo para el origen o mantenimiento de los trastornos mentales, con repercusiones en la calidad de vida de las personas (Giráldez, 2003; Serrano, 2008; Urrego, 2007).

De modo más específico sobre los problemas de alimentación, Gordon (1990) propone que el origen de los TCA se asocia, a menudo, con acontecimientos estresantes en alguna etapa de la vida en que el individuo es más susceptible de padecerlos (abuso físico, psicológico o sexual; sobreprotección; control excesivo; carencia de figuras de autoridad o reglas establecidas), con fenómenos ambientales determinantes (medios de comunicación, modas, estereotipos y prototipos de belleza) y con rasgos de carácter que dificultan el manejo de los estresores y las influencias emocionales (baja autoestima, inestabilidad emocional, conductas obsesivas). Perpiñá (2015) apunta que, al igual que en otro tipo de patologías, las vivencias de acontecimientos desestabilizadores también se han señalado en los TCA como factores de vulnerabilidad. Si bien es cierta dicha afirmación, tal y como señalan Salgueiro y Kirsman (2012), es fundamental ser cautos en relación a aquellas explicaciones que consideren a la familia en general como un factor causal de la patología.

Con respecto a los acontecimientos vitales estresantes que pueden haber incidido en el desarrollo del trastorno, los resultados reflejan que, tras un año post-diagnóstico, un menor número de acontecimientos vitales estresantes será predictor de una menor severidad en el trastorno. Sin embargo, esta relación no se establece tras 2 ó 3 años post-diagnóstico (Sohlberg, Norring y Rosmark, 1992), pero cuando se comparan grupos con una alta o baja tendencia a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria no hay diferencias en el número de estresores diarios que experimentan ni en el grado de estrés que de ellos perciben. Por lo que parece que la diferencia parece encontrarse en el impacto emocional que le producen estos acontecimientos, siendo este mayor en las personas con mayor probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario (Koo-Loeb, Costello, Light y Girder, 2000).

En un estudio retrospectivo realizado por Schmidt y colaboradores (1997), durante el año previo al desencadenamiento de estas patologías, los eventos estresantes habitualmente precedían la aparición de los TCA, determinando así, la existencia de un estrés crónico severo en estos pacientes. Sus problemas más comunes afectaban sus relaciones con familiares cercanos y amigos, y las pacientes con bulimia nerviosa

presentaban significativamente más conflictos interpersonales en comparación con las pacientes con anorexia nerviosa.

Por su parte, Rastam y Gillberg (1992) encontraron un exceso de situaciones estresantes durante los tres meses que antecedían el comienzo de una anorexia nerviosa. Del mismo modo, Welch y Fairburn (1997) concluyeron que ciertos eventos traumáticos precipitan la aparición de la bulimia nerviosa, tales como la disrupción familiar, de relaciones sociales o amenaza a la seguridad física. A su vez, hay estudios realizados con adolescentes con anorexia nerviosa hospitalizados, que determinaron que el estrés familiar es un factor relacionado con los TCA (Horesh et al., 1996; Horesh et al., 1995). De un modo más específico, otro estudio indica los siguientes acontecimientos como desencadenantes de anorexia nerviosa en adolescentes: conflictos y separaciones familiares, cambios de colegio o mudanzas, y aumento en las presiones académicas (Pike, Wilfey, Hubert y Fairburn, 2006).

Behar y Valdés (2009) realizan un estudio cuyos resultados sugieren que las mujeres con patología de la conducta alimentaria experimentaron mayores niveles de estrés acumulado y un mayor número de eventos estresantes durante los últimos 12 meses que precedieron al inicio del trastorno, lo que va en la línea de lo encontrado en otras investigaciones (Rastam y Gillberg, 1992; Rojo, Conesa, Bermudez y Livianos, 2006; Schmidt et al., 1997; Welch y Fairburn, 1997). En la misma línea, Behar y colaboradores (2009) también indican que las pacientes con TCA se caracterizaron por exhibir mayores niveles acumulados de estrés durante el año previo al inicio de su patología, medidos mediante frecuencia de eventos estresantes y comparados con una muestra de estudiantes sin esta patología. A su vez, los eventos más frecuentemente informados por las pacientes difirieron del grupo comparativo, siendo los principales aquellos relacionados con conflictos familiares y cambios en los hábitos.

En relación a los subtipos de anorexia nerviosa, Strober (1984) encontró que los sujetos con anorexia nerviosa compulsivo-purgativa presentaban significativamente más eventos vitales estresantes que los restrictivos. Rosen, Compás y Tacy (1993) determinaron que el estrés reciente se relacionó con cambios en la conducta alimentaria, pero también los síntomas alimentarios predijeron la ocurrencia de estrés psicológico, por lo que la relación entre estos acontecimientos es complicada.

3.4. Trastornos de la conducta alimentaria y estilos parentales

Se han realizado muchos estudios sobre la relación entre la crianza recibida y la psicopatología, y determinados patrones educativos han sido considerados como factores de riesgo de trastornos específicos, influyendo en su inicio o mantenimiento, aunque es difícil probar una relación causal (Castro, 2005). Por su parte, otros estudios han generado evidencias sobre el posible efecto mediador de variables de personalidad en la relación entre estilo de crianza y la depresión (Enns, Cox y Larsen, 2000) o un efecto directo entre determinados patrones educativos y características de personalidad (Kitamura et al., 2009; Lung, Huang, Shu y Lee, 2004; Zhan, Ling y Zhou, 2008). De modo que las pautas de crianza de los padres han sido asociadas al desarrollo psicoafectivo de los hijos, lo cual está íntimamente asociado a los estilos de apego (Espina, Ochoa de Alda y Ortego, 2009). Asimismo, la investigación sugiere que la disfunción familiar se asocia con un aumento de los trastornos alimentarios en una muestra de mujeres universitarias (Kluck, 2008).

En la mayoría de las teorías psicológicas, incluyendo la psicodinámica y la cognitivo-conductual (Beck, 1995; Westen, 1998) se postula un papel fundamental para la familia en el desarrollo y la continuidad de la personalidad y la psicopatología, incluyendo trastornos de la alimentación (Bruch, 1973; Humphrey, 1986; Minuchin, Rosman y Baker, 1978). Los estudios empíricos tienden a confirmar esta idea, ya que los pacientes con AN y BN recuerdan a sus padres como menos cuidadosos (Bulik, Sullivan, Fear y Pickering, 2000; Palmer, Oppenheimer y Marshall, 1988; Pole, Waller, Stewart y Parkin-Feigenbaum, 1988; Steiger, Van der Feen, Goldstein y Leichner, 1989), más hostiles y proporcionando menos apoyo (Humphrey, 1986) que los sujetos control. Además, los pacientes con AN perciben menor cohesión entre los miembros de su familia cuando se los compara con los sujetos sin patología alimentaria (Cunha, Relvas y Soares, 2009).

De modo específico sobre los TCA, Humphrey y Stern (1988), basándose en la teoría de las relaciones objetales, proponen que las familias en las que aparecen trastornos de la conducta alimentaria experimentan fallos a la hora de proporcionar un ambiente familiar contenedor. Muchos de los estudios empíricos sobre los estilos parentales en los trastornos de la conducta alimentaria están basados en el Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker et al., 1979), sin embargo, los datos de los estudios empíricos son variables y no concluyentes. Pole y colaboradores (1988) hallaron que

pacientes con bulimia nerviosa puntúan significativamente más bajo en cuidado, con respecto a sus madres que los controles (75 % Vs. 47 % respectivamente); las puntuaciones para los padres son similares, aunque se acercan a la significación estadística. El cuadrante que más distingue a los grupos es el de vinculación óptima, al que pertenece un 43 % de los controles frente al 5,4 % de los pacientes con Bulimia nerviosa.

Russell, Kopec-Schrader, Rey y Beumont (1992) aplicaron el PBI a pacientes con anorexia nerviosa, otros pacientes psiquiátricos y un grupo normativo, y concluyendo que entre los pacientes con anorexia nerviosa y el grupo control era más frecuente el vínculo óptimo que entre el grupo de otros pacientes psiquiátricos y el de control sin afecto. En la misma época, Rhodes y Kroger (1992) comparan la percepción de las pautas de crianza que tenían adolescentes con trastornos alimentarios y un grupo control libre de síntomas. En este estudio se llega a la conclusión de que el control sin afecto maternal, caracterizado por la sobreprotección, inhibición de la individuación, intrusividad, infantilización y la falta de calidez emocional, se asocia en mayor medida que la paterna con los trastornos alimentarios.

Como se ha señalado, los estudios realizados con el Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker et al., 1979) han generado resultados desiguales, encontrando, por un lado, que pacientes con BN purgativa tienen menos cuidado y mayor sobreprotección de ambos padres en comparación con pacientes con AN restrictiva (Takahashi, 1994); y, por otro lado, que los pacientes con BN tienen mayor sobreprotección materna y los pacientes con AN mayor sobreprotección paterna (Hadano, 1998); mientras que los pacientes que tienen atracones reciben menos atención por parte de ambos padres en comparación con los pacientes con AN, sin encontrar diferencia significativa en sobreprotección (Yamaguchi, 1999).

Diversos estudios encuentran que los sujetos con TCA parecen percibir, a través de evaluaciones retrospectivas, a sus padres como menos cálidos, que la muestra con actitudes saludables de alimentación (Canetti et al., 2008; Karwautz et al., 2001; May, Kim, McHale y Crouter, 2006; Perry et al., 2008). Además se han encontrado, utilizando el PBI (Parker et al., 1979), niveles significativamente más bajos de control, por parte de los padres, en los sujetos con TCA que en los controles sanos (Canetti et

al., 2008; Leung, Thomas y Waller, 2000; Swanson et al., 2010), y pacientes que padecen AN han informado de niveles significativamente más bajos en cuidado parental (Bulik et al., 2000). Además, los adolescentes con problemas de alimentación han referido mayor percepción de control y sobreprotección en sus padres (Lavik, Clausen y Pedersen, 1991; McEwen y Flouri, 2009; Perry et al., 2008; Rhodes et al., 1992; Swanson et al., 2010).

Por su parte, otras investigaciones indican que los pacientes con TCA tienden a percibir a sus padres con una pauta de crianza de menos cuidado que en muestra no clínica (Canetti et al., 1997; Swanson et al., 2010).

En un estudio sobre la relación que existe entre los estilos parentales en pacientes con TCA y las conductas de autolesión, la puntuación en el PBI (Parker et al., 1979) mostró que los pacientes con TCA y conductas autolesivas señalan haber percibido una baja atención paterna y más de la mitad de estos pacientes tenía la sensación de que su padre mostró control no afectivo. También destacan las puntuaciones de las madres en cuidado, tanto en los pacientes solo con TCA como en los de TCA y conductas autolesivas, que eran inferiores a los controles (Akihito et al., 2011). Del mismo modo, los pacientes con TCA y autolesiones mostraron menor percepción de cuidado parental que los pacientes solo con TCA y el grupo control. Lo que concluyen los autores es que este hecho podría señalar que los pacientes con TCA sin autolesiones tienen principalmente conflictos con su madre, mientras que los que tienen TCA y autolesiones tiene conflictos con ambos.

En el estudio realizado por Vidovic y colaboradores (2005), los autores concluyen que los pacientes con TCA percibían a sus familias como menos cohesivas y que la comunicación con sus madres estaba perjudicada; sin embargo, la percepción de los pacientes con AN restrictiva no se diferenciaba significativamente de la del grupo control. Según los autores del estudio, la negación del conflicto en los sujetos con AN restrictiva, dada su dificultad para expresar sentimientos y hablar de las relaciones y muy especialmente de los conflictos (Dallos, 2004), puede ser la causa de su percepción favorable de la comunicación familiar y de la cohesión existente.

Es importante señalar que uno de los indicadores de un alto grado de cohesión familiar es la sobreprotección. Pakier (2003), partiendo de la base de que la dinámica

familiar es el factor más importante en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos, observó el vínculo entre jóvenes con TCA y sus padres. Este autor demostró que entre las puntuaciones del *Eating Disorders Inventory* (EDI) y la sobreprotección de los padres se daba una correlación positiva, así como, una negativa entre las funciones de cuidado parental y el mismo inventario. Otros estudios suscitados ante la falta de autonomía de los pacientes con TCA han sugerido que las familias de estos pacientes no propician la independencia de sus hijos (León et al., 1985). En este mismo sentido, Williams, Chamove y Millar (1990) compararon un grupo control de participantes sin patología psiquiátrica con uno de pacientes psiquiátricos y un tercero de familias con sujetos con TCA. Los autores demostraron que los familiares con pacientes con TCA eran los que menos promovían la independencia de la generación filial. Levine y Smolak (1992) encontraron que, como consecuencia de los trastornos en el proceso de individuación de estos pacientes, los pacientes con TCA de su muestra estaban significativamente menos individualizados de sus padres que los de un grupo control sin patología (Parkier, 2003; Levine et al., 1992).

En el año 2000, Ward, Ramsay y Treasure realizaron una revisión y concluyeron que la mayoría de estudios indicaban que, independientemente del instrumento de evaluación empleado, los procesos de apego aparecían como anormales en la población con TCA. Así pues, tal y como queda reflejado en el artículo de Betancourt, Rodríguez y Gempeler (2007), desde la escuela sistémica se ha realizado el análisis de la relación madre-hija con patologías de la conducta alimentaria y se ha observado un tipo especial de familia con características comunes bien definidas, en las que se encuentra el ambiente propicio para que se desarrolle un trastorno del comportamiento alimentario. Minuchin, Rosman y Baker (1978) mencionaban las características que se encuentran en estas familias y, particularmente, en la relación madre-hija, las características familiares más frecuentes son: la sobreprotección; una crianza excesiva y la autonomía restringida, con las que se estimulan y se dan respuestas de tipo protector entre los miembros de la familia; la rigidez, es decir, la tendencia a mantener patrones fijos no funcionales, con una familia resistente al cambio; la evitación del conflicto y la pobre capacidad de resolverlo.

Como se ha señalado anteriormente, son varios los estudios que han encontrado que los pacientes con AN tienden a percibir sus padres con estilos parentales de elevado control y sobreprotección (Bulik et al., 2000; Canetti et al., 2008; Karwautz et al.,

2001; Swanson et al., 2010). De modo que se puede concluir que la investigación sugiere que los sujetos con TCA tienen una percepción problemática sobre los estilos de crianza de sus padres (Lavik et al., 1991; Perry et al., 2008; May et al., 2006; Kluck, 2008; McEwen et al., 2009).

3.5. Otros rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria

En este epígrafe se presentan aquellos rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas relacionados con los TCA que no han sido abordados en los apartados anteriores ni lo serán en los posteriores. Se va a hacer referencia, de forma específica, a las variables analizadas a través del Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (*Eating Disorders Inventory-2, EDI-2*; Garner, 1991). Esta argumentación se debe a que será el EDI-2 y las subescalas en él valoradas lo que se tendrá en cuenta en el presente estudio, de modo que se ha considerado oportuno realizar una presentación más exhaustiva de las mismas:

- El constructo de "Obsesión por la delgadez" fue elaborado por Bruch (1973, 1982), quien describió la obsesión por la delgadez o la "búsqueda incesante de la delgadez" como la característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria. Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, en 1987, encontraron que solo la obsesión por la delgadez y la insatisfacción corporal predecían la aparición de TCA. Del mismo modo, el grado en el que cada individuo ha interiorizado las ideas de belleza socialmente establecidas actualmente en Occidente, especialmente la delgadez, influye en el inicio y mantenimiento de los síntomas de TCA (Schnitzler, Von Ranson y Wallace, 2012). Por su parte, el bajo autoconcepto va a influir en la autoestima general deficitaria y esta, a su vez, favorece el que la persona busque en mayor medida la aprobación de los demás y que sea más sensible al ideal social de belleza, centrado en la delgadez como forma de conseguir la aprobación de los demás (Connors y Johnson, 1987; Cooper, Watkins, Bryant-Waugh y Lask, 2002; Hsu, 1990; Stice, Schupakneuberg, Shaw y Stein, 1994). Un estudio longitudinal prospectivo relaciona, como factor de riesgo, la realización compulsiva de ejercicio físico, prediciendo mayores tasas de obsesión por la delgadez y rasgos de personalidad perfeccionistas y obsesivos compulsivos (Goodwin, Haycraft, Willis y Meyer, 2011).

- La escala de "Bulimia" evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. De modo que este tipo de pensamientos o actos estarán presentes en pacientes con bulimia nerviosa, anorexia nerviosa purgativa y pacientes con trastorno por atracón.

- La escala de "Insatisfacción corporal" mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria. En el marco de los trastornos alimentarios se define la imagen corporal como 'la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física formada por tres componentes: perceptivo, cognitivo- afectivo y conductual'. De modo que la alteración de la imagen corporal supone un desequilibrio o perturbación en sus componentes (Thompson, 1990) y tiene una participación causal en los trastornos alimentarios (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Baile, Guillén y Garrido, 2002), siendo este el aspecto más preocupante aún más si se tiene en cuenta que durante la adolescencia se produce un incremento de la insatisfacción corporal (Gralen, Levine, Smolak y Murnen, 1990; Koff y Rierdan, 1991; Richard, Casper y Larson, 1990). En relación a este hecho, Ghaderi (2001) hace una revisión bibliográfica de la importante relación entre la Insatisfacción corporal y la Instauración de los TCA. La consecuencia lógica de la preocupación por el peso es el establecimiento de métodos de control dentro de los que destaca el seguimiento de dietas. Cooper y Goodyer (1997) evaluaron la preocupación por el peso y la imagen corporal en mujeres de diferentes edades y concluyeron que a pesar de que las preocupaciones con la forma y el aspecto corporal aparecen desde el inicio de la adolescencia, los comportamientos alimentarios desajustados se producen más tarde. Siendo, precisamente, la insatisfacción con el propio cuerpo y el peso lo que propicia la aparición de conductas de control de peso como son el seguimiento de dietas alimentarias (Abraham y Llewellyn-Jones, 1997; Hart y Ollendick, 1985), que pueden desencadenar los TCA. El estudio de Bell, Lawton y Dittmar (2007) muestra que los factores sociales están estrechamente relacionados con la insatisfacción corporal, sobre todo los que promueven los medios de comunicación (televisión, Internet, revistas, cine, etc.), pues ofrecen influyentes mensajes acerca de lo aceptable o inaceptable de ciertos atributos físicos.

- La escala de "Ineficacia" evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Bruch (1962, 1973) describió en un principio el "*sentimiento abrumador de ineficacia*" como la perturbación subyacente a los TCA. León y colaboradores descubrieron en 1999 que el afecto negativo (que abarcaba una amplia gama de variables, desde la ineficacia hasta las emociones negativas) predecía un mayor riesgo de presentar síntomas de TCA después de entre 3 y 5 años de seguimiento. Por su parte, Killen y colaboradores (1996) encontraron que los factores temperamentales de angustia y miedo, así como, una ineficacia y conciencia interoceptiva pobres, ayudaban a predecir a los cuatro años la presencia de TCA en una amplia muestra comunitaria de alumnas de secundaria. En otro estudio (Strigelmoore, Silberstein, Frensch y Rodin, 1989) encontraron que la ineficacia se asociaba con un aumento de síntomas de TCA (por ejemplo, dietas, atracones y purgas) en estudiantes universitarias durante su primer curso en la universidad.

- La escala de "Miedo a la madurez" evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Crisp (1965, 1980) señaló que la psicopatología principal de los pacientes con AN o BN es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la edad adulta. Según esta teoría el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica, pues desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberal. El paciente entiende que esta regresión le puede suponer un alivio frente a la confusión de la adolescencia y a los conflictos familiares. Sin embargo, esta asociación es discutible ya que en otra investigación realizada sobre el tema se concluyó que no existe tal relación (Grasso et al., 2012).

- La escala de "Perfeccionismo" mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Bruch (1978) señaló que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con TCA. Los hallazgos sobre perfeccionismo sugieren que esta variable puede predecir la aparición de síntomas de TCA (Tyrka, Waldron, Graber y Brooks-Gunn, 2002),

correlacionado, en especial, con la AN (Halmi et al., 2000), pero también con la BN (Lilenfeld et al., 2000; Pratt, Telch, Labouvie, Wilson y Agras, 2001) y el TA (Pratt et al., 2001). Estas asociaciones se dan tanto en las mujeres que aún están gravemente enfermas, como en aquellas ya recuperadas (Halmi et al., 2000; Lilenfeld et al., 2000; Srinivasagam et al., 1995).

- El "Ascetismo" se refiere a la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto-superación y el control de las necesidades corporales. En las últimas décadas, las motivaciones ascéticas para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento de otras como la "obsesión por la delgadez" que pasa a ser el principal factor motivacional. Sin embargo, todavía pueden encontrarse en la actualidad algunos pacientes cuya conducta parece estar dirigida en gran parte por la creencia en el carácter virtuoso de la restricción oral. La auto-restricción oral puede ser vista como una forma de actitud de renuncia a las satisfacciones físicas más general (Garner, 1991).

- La escala de "Desconfianza interpersonal" evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Y la escala de "Inseguridad Social" mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad. Ambas escalas están relacionadas con la asociación entre problemas en las relaciones interpersonales y síntomas alimentarios que ha sido estudiada por diversos autores (Goldner et al., 1999; Hartmann, Zeeck y Barrett, 2010). Los estudios más recientes sugieren que ambos grupos de variables se influyen mutuamente sin que exista una relación causal entre ellas. La existencia de problemas interpersonales aumentaría las alteraciones alimentarias en pacientes con TCA y, simultáneamente, los síntomas de TCA empeoran las relaciones interpersonales. El miedo a la intimidad tiene que ver con una dificultad para compartir con personas cercanas sus opiniones, emociones, etc. Varios estudios han observado que las personas con TCA tienen dificultades para esta comunicación íntima. Dicha dificultad para intimar se ha relacionado con otras psicopatologías y con un estilo de apego alterado. Un rasgo similar sería la

desconfianza interpersonal que también se ha asociado con TCA (Arcelus, Haslam, Farrow y Meyer, 2013).

- La escala de "Conciencia interoceptiva" evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza en relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de TCA. Se trata de una desconfianza de estos pacientes hacia sus estados internos (Garner, 1991). León, Fulkerson, Perry y Earlyzald realizaron, en 1995, un estudio prospectivo en el que encontraron que una pobre conciencia interoceptiva aumenta el riesgo de desarrollar un TCA un año más tarde (León et al., 1995).

3.6. Área del componente emocional

3.6.1. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y ansiedad

Desde 1950 se ha estudiado y encontrado una relación entre la ansiedad y los TCA (Keys et al., 1950). Las investigaciones sobre esta relación, en particular los estudios llevados a cabo en los últimos 20 años, han confirmado que los individuos con trastornos de la conducta alimentaria presentan un riesgo significativo de padecer un trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático (Pallister y Waller, 2008; Reyes-Rodríguez et al., 2011). Aproximadamente el 65 % de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria cumple con los criterios para al menos un trastorno de ansiedad, que tiende a persistir, más allá de la remisión del trastorno alimentario (Adam began et al., 2012; Godart et al., 2003; Kaye et al., 2004; Klump et al., 2004; Swinbourne et al., 2012; Swinbourne y Touyz, 2007).

Por su parte, en algunos estudios se ha concluido que la ansiedad es un rasgo permanente en las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria, ya que se ha encontrado que persiste después de que la persona se haya recuperado del trastorno (Davey y Chapman, 2009; Holtkamp et al., 2005). Asimismo, Buckner, Silgado y Lewinsohn (2010) afirman que la ansiedad es uno de los factores de riesgo de estos trastornos.

Los modelos cognitivos-conductuales utilizados en la explicación de las alteraciones alimentarias enfatizan el papel de ciertas cogniciones, emociones y conductas. La ansiedad es una de las emociones más mencionadas entre los teóricos cognitivo-conductuales a la hora de generar modelos explicativos sobre las alteraciones de la conducta alimentaria (Lock, Reisel y Steiner, 2001). Desde estos modelos se han llevado a cabo tres líneas de investigación: la primera es la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de ansiedad (Godart, Flament, Perdereau y Jeammet, 2002; Kaye et al., 2004; Hudson et al., 2007); la segunda, la relación entre la ansiedad y otras variables importantes en las patologías alimentarias (factores de riesgo), como la insatisfacción con la imagen corporal o el perfeccionismo (Furman y Thompson, 2002; Corstorphine et al., 2007); y la tercera sería averiguar si el tratamiento específico de la ansiedad mejora el pronóstico de los TCA (Goodwin y Fitzibbon, 2002; McComb y Clopton, 2003; Spindler y Milos, 2007).

Solano y Cano (2012) señalan que las personas con TCA muestran puntuaciones de ansiedad más elevadas que una muestra sin patología alimentaria, resultados que son similares a los obtenidos por otros estudios como el de Lock et al. (2001). Asimismo, se ha encontrado un estudio que valora la existencia de síntomas alimentarios dentro de los trastornos ansiosos encontrando que en una muestra de 257 pacientes con trastornos de ansiedad, el 12 % cumplían criterios para TCA (Becker, DeViva y Zayfert, 2004).

La aparición de los trastornos de ansiedad suele darse antes que la aparición del TCA, considerándose la aparición precoz de estos trastornos un factor predisponente para el desarrollo de un TCA (Bulik, 1997). Por su parte, los estudios señalan que es probable que la aparición de la ansiedad en los TCA se manifieste fundamentalmente ante las relaciones sociales, donde las personas interpretan que su cuerpo está siendo evaluado (Corstorphine et al., 2007). La relación entre el pronóstico de la enfermedad y la comorbilidad con trastornos ansiosos muestra datos inciertos, mientras que algunos estudios sugieren una peor evolución del trastorno, otros, sin embargo, rechazan esta idea (Swinbourne et al., 2007).

La mejora en la adhesión y en los resultados de las intervenciones de los trastornos de la conducta alimentaria sigue siendo un tema que no está zanjado y que se mantiene en estudio, ya que se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad

comórbidos necesitan una intervención mejorada, al presentar menos recursos de afrontamiento (Dellava et al., 2010; Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Thornton et al., 2011; Yackobovitch-Gavan et al., 2009).

3.6.2. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y depresión

Tanto las guías diagnósticas (DSM-IV, DSM-V), como diversos autores (Godart et al., 2003; Godart et al., 2004; Hinrichsen, Waller y Van Gerko, 2004; Kaye et al., 2004) señalan la importante evidencia sobre la coexistencia del trastorno depresivo en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y la significativa relación que parece jugar en sus dificultades interpersonales (American Psychiatric Association, 2000; Godart et al., 2003; Godart et al., 2004; Hinrichsene et al., 2004; Kaye et al., 2004).

En uno de los primeros estudios en el que Strober y Katz (1987) analizan la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión, señalaban que entre el 25 % y 80 % de los pacientes con este tipo de patología presentaba alta prevalencia de depresión en la Escala de Hamilton (Hamilton, 1967). Mientras que, en otro estudio realizado por Herzog (1984), se indicaba que el 40,7 % de los pacientes con anorexia nerviosa y el 23,6 % de aquellos con bulimia nerviosa tuvieron puntuaciones en dicho instrumento que se situaban en rangos depresivos entre moderados y severos. La frecuencia de sintomatología compatible con depresión en la anorexia nerviosa varía del 20 % al 100 %; en pacientes con bulimia nerviosa fluctúa entre 11 % hasta 100 % y la de un trastorno depresivo mayor entre 30 % y 60 % (Fornari et al., 1992).

Por su parte, Rosenvinge y Mouland (1990) observaron la asociación entre peor pronóstico en la anorexia nerviosa cuando el paciente presentaba un trastorno depresivo en el seguimiento. En los trastornos de la conducta alimentaria, la depresión suele manifestarse asociada a la anorexia, el insomnio, la tristeza, el aislamiento, el llanto, la anhedonia, los problemas de autoconcepto, así como a la autocrítica que se extiende desde la autoestima hasta la imagen corporal, acompañada de culpa, vergüenza y desesperanza, tal y como ha quedado reflejado en diversos estudios (Behar, Arriagada y Casanova, 2005; Behar, 2006; Geist, Davis y Heinmaa, 1998; Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens, 1985; Rosenvinge et al., 1990; Silberg y Bulik, 2005).

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria poseen mayor incidencia de trastornos afectivos que la población general (Herzog et al., 1992), con una mayor prevalencia de depresión mayor, tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa. La frecuente asociación entre ambos cuadros está bien documentada (Cantwell, Sturzenberger y Burroughs, 1977; Swift, Andrews y Barklage, 1986). Herzog, Nussbaum y Marmor (1996) señalan que la incidencia de una alteración afectiva entre los pacientes con anorexia nerviosa oscila entre un 52 % y un 98%, siendo la depresión mayor el trastorno más común; y en los pacientes con Bulimia nerviosa estas cifras fluctúan entre el 52 % y el 83 % y para depresión mayor entre un 38 % y un 63 %. Del mismo modo, se ha identificado un elevado rango de trastornos depresivos en familiares de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, comparados con poblaciones control (Lilenfeld et al., 1998; Strober et al., 1990), lo que podría hacer pensar en la existencia de una relación genética entre los mismos. Vandereyken, en 1987, ya señaló que la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa podrían ser unas variantes del trastorno afectivo y enfatizó que a mayor sintomatología de ambas enfermedades, mayor era la patología depresiva (Kaye et al., 1986). A pesar de no existir un modelo claro sobre la relación que mantienen ambos tipos de patologías, se encuentra que aproximadamente la mitad de las personas con anorexia nerviosa afectadas de trastorno depresivo mayor, lo experimentan poco antes de iniciarse la anorexia nerviosa (Cervera y Quintanilla, 1995; Toro y Vilardell, 1987).

En el reciente meta-análisis realizado por Francis Puccio, Matthew Fuller-Tyszkiewicz, Deborah Ong e Isabel Krug, (2016) se encuentra que 30 estudios indican que la patología alimentaria predice de modo significativo la depresión y, a su vez, la depresión predice, del mismo modo, la patología alimentaria. Así pues, se demostraría la relación bidireccional entre los TCA y la depresión. Sus resultados mostraron que la alimentación patológica es un factor de riesgo para la depresión y que esta es un factor de riesgo para la alimentación patológica. De modo que podría decirse que la alimentación patológica y la depresión son factores de riesgo concurrentes uno para el otro. Del mismo modo, encuentran que la patología depresiva es significativamente mayor en los pacientes con diagnóstico de TCA general y, a su vez, mostraron más síntomas bulímicos y de atracones. Por su parte, el efecto de la depresión sobre la patología alimentaria fue más fuerte para los individuos con un trastorno alimentario. En contraste con esos hallazgos, Stice (2002) encontró que el efecto de las dificultades del estado de ánimo en la patología alimentaria fue significativamente mayor para los

estudios que evaluaron síntomas bulímicos y atracones, en relación con trastornos de la alimentación en general.

De este modo, puede concluirse que los individuos con un trastorno alimentario presentan alto riesgo de experimentar un trastorno depresivo mayor comórbido (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007). Siendo, dicha comorbilidad especialmente prominente para aquellos que sufren de Bulimia nerviosa, con las estimaciones que muestra la tasa de comorbilidad en un rango de 31 a 50 % (Swanson et al., 2011).

La investigación actual parece indicar que la existencia de influencias biológicas y socioculturales (Culbert, Racine y Klump, 2015), así como, los factores psicológicos tales como impulsividad (Saddichha y Schuetz, 2014; Waxman, 2009) y la insatisfacción corporal (Allen, Byrne y McLean, 2012), se encuentran implicadas en la etiología, tanto de alimentación como de la depresión.

3.6.3. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y sensibilidad a la ansiedad

La sensibilidad a la ansiedad hace referencia al temor de los síntomas relacionados con la ansiedad causada por la creencia de que la excitación somática y la ansiedad en sí tienen consecuencias catastróficas (McNally, 2002). Los autores plantean que cuando los sujetos experimentan angustia emocional son más propensos a dar prioridad a corto plazo a la regulación afectiva, es decir, van a tener mayor tendencia a complacer impulsos inmediatos, en lugar de asistir a metas de autorregulación a más largo plazo (Tice, Batilavsky y Baumeiser, 2001), de modo que la sensibilidad a la ansiedad predice estados emocionales negativos (Ehlers, 1995; Otto et al., 1995; Reiss, 1991; Schmidt, Lerew y Jackson, 1997).

Las investigaciones realizadas hasta ahora han asociado la sensibilidad a la ansiedad con conductas alimentarias poco adaptativas en estudios que utilizaron medidas de autoinforme (Anestis, Selby, Fink y Joiner, 2007; Anestis et al., 2008; Fulton et al., 2012), así como, objetivamente, evaluando con las conductas de alimentación en contextos experimentales en los que se inducía el estado emocional negativo (Hearon et al., 2013). En el estudio realizado en 2014 por Hearon, Quatromoni, Mascoop y Otto se presentan pruebas concluyentes sobre la vinculación de la sensibilidad a la ansiedad y las dificultades de control de peso, aumento del consumo

de calorías y la falta de actividad física suficiente, para una adecuada regulación del peso.

Aunque la sensibilidad a la ansiedad parece ser un factor de riesgo para una patología alimentaria (Anestis et al., 2008; DeBoer et al., 2012) y tanto los trastornos de la conducta alimentaria como la sensibilidad a la ansiedad son factores de riesgo para el suicidio (Capron et al. 2012), en realidad, un elevado nivel de sensibilidad a los síntomas de ansiedad puede proteger a las mujeres con sintomatología TCA contra las tendencias suicidas (Fink, Bodell, Smith y Joiner, 2013).

3.7. Área de componente conductual

3.7.1. *Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y asertividad*

Williams y colaboradores (1993) señalaron que la carencia de asertividad está relacionada con rasgos de sumisión o timidez y sentimientos de inutilidad personal. A su vez, indicaron que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, a pesar de percibir un control externo, no tienen el repertorio conductual para contrarrestarlo o neutralizarlo (Williams et al., 1993).

Diversos autores han señalado que los pacientes con patologías alimentarias presentarían, antes del desarrollo de la enfermedad, problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas (Bruch, 1973; Behar, 2003; Behar, 2004; Crisp, 1980; Garner y Bemis, 1982; Slade, 1982).

De forma más específica, Eiber, Vera, Mirabel-Sarron y Guelfi (2003) encontraron puntuaciones en el RAS (Escala de Asertividad de Rathus) más bajas y significativamente más frecuentes en los pacientes fóbicos sociales en comparación con los pacientes con trastornos alimentarios, de los cuales, el 24,3 % de ellos tenía una fobia social. Por su parte, Garner y Garfinkel (1985) fueron los primeros que establecieron una relación entre el aislamiento social y la falta de autoestima y autoafirmación en pacientes con anorexia nerviosa. Mientras que Toro y colaboradores

(1987) explicaron las dificultades en las relaciones sociales que presentan estas pacientes.

Por un lado, Chinchilla (1994) ha destacado en la anorexia nerviosa una dificultad para expresar con palabras, afectos y emociones, deseos y ambiciones, esfuerzos en buscar la aprobación externa para mantener su autoestima y desarrollar la autonomía, identidad personal incompleta, dificultad para ser independientes, dependencia parental y padres que no refuerzan sus iniciativas personales. Por otro lado, Hawkins y Clement (1980), en un estudio correlacional con una población subclínica de universitarias, hallaron relación entre comilonas-atracones y déficit asertivo. Asimismo, Fischer-McCanne (1985) observó que aunque los pacientes con Bulimia nerviosa son más extrovertidos que los sujetos con anorexia nerviosa, se muestran menos asertivos que los controles y que otros sujetos en psicoterapia sin trastornos de la alimentación. Del mismo modo, en un estudio realizado en 2006 por Behar, Manzo y Casanova se llega a la conclusión de la falta de asertividad como rasgo significativo en pacientes con patologías alimentarias, lo que puede empeorar su desenlace y aun perpetuar su sintomatología. Por su parte, desde la perspectiva sistémica, se proponen ciertos modelos de comunicación como explicativos de muchas alteraciones psicopatológicas, como obsesiones, trastornos de la alimentación y conductas problemáticas (Nardone, Giannotti y Rocchi, 2003).

En cuanto a la competencia social, Grissett y Norvell (1992) también muestran que los pacientes con Bulimia nerviosa se sienten menos competentes socialmente en una variedad de situaciones: menor confianza en su habilidad para un buen funcionamiento social y en la formación de relaciones íntimas. A esto se añade el mayor número de interacciones sociales negativas, presentando frecuentemente conflictos en su vida diaria y, sobre todo, con miembros de su familia (Grissett et al., 1992). Además, también presentan una mayor preocupación por la evaluación y por la separación de otros referentes presentando, en general, una mayor dependencia social que el grupo control y, en particular, de los hombres (Jacobson y Robins, 1989).

3.7.2. *Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y alexitimia*

El mundo emocional está íntimamente ligado a los TCA, especialmente en lo referente a las dificultades en el procesamiento cognitivo de las emociones, lo cual hace referencia al constructo alexitimia (Espina et al., 2009). La alexitimia es un concepto multidimensional caracterizado por un estilo comunicativo concreto, cuyas características más significativas y destacadas según Taylor y colaboradores (1988), son la dificultad para identificar los sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales que acompañan a la actividad emocional; la dificultad para describir los sentimientos propios a los demás; y el patrón de pensamiento concreto o pensamiento orientado externamente, caracterizado por un estilo cognitivo concreto y basado en la realidad.

Los estudios que han analizado el papel de la alexitimia en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria han concluido que esta se asocia a un mayor riesgo de padecer este tipo de trastornos (Kiyotaki y Yokoyama, 2006; Speranza, Loas, Wallier y Corcos, 2007) y que, al igual que la ansiedad, parece ser un rasgo relativamente estable en las personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria (Iancu, Cohen, Yehuda y Kotler, 2006; Ridout, Thom y Wallis, 2010). Asimismo, muchos estudios han confirmado que la alexitimia está presente en los trastornos de la conducta alimentaria (Bourke, Taylor, Parker y Bagby, 1992; Cochrane, Brewerton, Wilson y Hodges, 1993; Corcos et al., 2000; De Groot, Rodin y Olmsted, 1995; Guilbaud et al., 1999; Schmidt, Jiwany y Treasure, 1993; Taylor, Bagby y Parker, 1992; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996; Espina, 1998; Espina et al., 2001), aunque, si bien es cierto que la alexitimia se ha encontrado en diferentes patologías (Taylor, 2000; Fernández, Espina y Aresti, 1996), también lo es que muchos de los estudios han señalado una relación más estrecha entre la alexitimia y los trastornos de la conducta alimentaria (Bourke et al., 1992; Cochrane et al., 1993; Corcos et al., 2000; De Groot et al., 1995; Guilbaud et al., 1999; Schmidt et al., 1993; Taylor et al., 1991; Taylor et al., 1996; Espina, 1998; Espina et al., 2001). Autores como Merino, Goda y Pombo (2002) indican que las personas que presentan o padecen algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria presentan más alexitimia que aquellos que pertenecen al grupo control, concretamente presentan una mayor dificultad para identificar y describir lo que sienten.

Algunos estudios no encuentran diferencias significativas en alexitimia entre pacientes obesos con TA y pacientes obsesos sin TA (de Zwaab et al, 1995; Arias-Horcajadas et al., 2006). Por su parte, en otros estudios realizados por Carano y colaboradores en 2006 con una muestra de 101 pacientes que padecían TA, la prevalencia de alexitimia estaba en un 39,6 % (n=40) y se relaciona con mayor severidad de TA. Raymond y colaboradores (1995) llevan a cabo un estudio con pacientes en tratamiento y encuentra que muestran una mayor presencia de trastornos de personalidad y de sintomatología ansiosa y depresiva en las afectadas de BN respecto de los casos de TA con obesidad. Del mismo modo, autores como Arias-horcajadas y colaboradores (2006) presentan resultados en los que los pacientes con sintomatología de atracón (tanto BN como TA) presentan más de dos diagnósticos de TP (36,7 % de la muestra), destacando una mayor prevalencia de distimia. Los resultados señalados concuerdan con los de otros estudios (Specker et al., 1994; Picot y Lilenfeld, 2003; van Hanswijck de Jonge et al., 2003), en los que se observa una mayor prevalencia de TP en los obesos de TA, predominando los trastornos histriónicos, límite y trastorno de la personalidad anancástico y evitativo.

3.7.3. Trastornos de la conducta alimentaria, impulsividad y agresividad

A nivel general, y tal y como se ha señalado, las psicopatologías que de forma más común acompañan a los TCA, comprenden los trastornos de ansiedad y la depresión, así como trastornos relacionados con el descontrol de impulsos, como la agresión y la impulsividad (Blinder, Cumella y Sanathara, 2006; Treasure, Claudina y Zucker, 2010). Casper y colaboradores (1980), así como Garner y Garfinkel (1980), relacionaron la conducta impulsiva con la anorexia nerviosa del tipo bulímico, diferenciándola del tipo restrictivo, la cual no presenta características de impulsividad. Por su parte, los comportamientos bulímicos pueden considerarse como similares a otras conductas impulsivas (McElroy et al., 1992; McElroy, Pope, Keck y Hudson, 1995).

Una de las primeras propuestas para la incorporación de la psicopatología comórbida en la clasificación de los TCA hizo hincapié en la distinción entre "multi-

impulsivo" y "uni-impulsivo" en las formas de la bulimia nerviosa (Lacey y Evans, 1986). En una serie de artículos, Lacey, junto con otros autores (Lacey, 1993; Lacey et al., 1986; Lacey y Moureli, 1986; Lacey y Read, 1993), argumentó que los individuos que presentan múltiples formas de psicopatología impulsiva comprenden un subgrupo psiquiátrico distinto, caracterizado por un mecanismo subyacente común y que tendrían una pobre respuesta al tratamiento. Las tasas de prevalencia de multi-impulsividad varían de un 6 %, en una muestra comunitaria de pacientes con bulimia nerviosa (Welch et al., 1997), a un 40 %, en una muestra clínica (Lacey, 1993). La coexistencia de trastornos de la conducta alimentaria y multi-impulsividad es clínicamente relevante, ya que estos pacientes tienden a hacer peor la terapia de los que solo tienen un trastorno alimentario (Fichter, Quadflieg y Rief, 1994), y la bulimia multi-impulsiva requiere un tratamiento más intensivo (Lacey et al., 1993). Por ejemplo, Fairburn, Cooper y Shafran (2003) han incluido comportamientos impulsivos como un objetivo de tratamiento en su nueva formulación de los trastornos de la conducta alimentaria.

Asimismo, el trauma ha sido asociado con conductas impulsivas, como en el campo de las conductas autolesivas, donde la literatura científica menciona las historias infantiles de maltrato físico o el abuso sexual como un potencial factor causal (Bach-y-Rita, 1974; Favazza, 1989; Graff y Mallin, 1967; Pattison y Khan, 1983; Stone, 1987); así como con conductas bulímicas (Fallon y Wonderlich, 1997; Steiger y Zanko, 1990; Waller, 1991), y entre el trauma y el abuso de alcohol entre personas con TCA (Fullerton, Wonderlich y Gosnell, 1995). Corstorphine y colaboradores (2007) realizan un estudio en el que concluyen que cualquier tipo de historia de trauma infantil referido, se asocia con un mayor número de conductas impulsivas y con la presencia de multi-impulsividad. El abuso sexual en la infancia se asoció con autolesiones, abuso de alcohol y abuso de sustancias, y también ha sido asociado con el trastornos de personalidad límite.

Diversas investigaciones en relación con la agresividad apuntan que, en comparación con controles sanos, pacientes con AN y BN presentan niveles más altos de conductas agresivas encubiertas y de agresión abierta (Blinder et al., 2006). Además, la mayoría de los estudios encuentran que la agresión e impulsividad se expresa en mayor medida en pacientes con BN (Truglia et al., 2006) y que está altamente correlacionada con la dificultad para expresar ira que junto con la falta de control de impulsos, puede dar lugar a diferentes formas de comportamientos impulsivos

autodestructivos (Selvini-Pallazoli, 1996; Tibon y Rotschild, 2009). En pacientes con AN se ha encontrado un dominio de la agresión encubierta, alto nivel de evitación del daño, fuerte necesidad de aprobación y alabanza, así como un bajo nivel de asunción de riesgos (Vigil-Colet, Morales-Vives y Tous, 2008). Sin embargo, en estudios recientes ha habido sugerencias de que, en lo que se refiere tanto a la sintomatología TCA como a los trastornos psíquicos concomitantes, los pacientes con subtipos de AN y BN atracón-purga pueden, de hecho, ser mucho más similares que los pacientes dentro de la categoría diagnóstica de AN o BN, teniendo esto importantes implicaciones clínicas tanto en el diagnóstico como en el tratamiento (Wonderlich et al., 2007; Claes, Robinson, Muehlenkamp y Vandereycken, 2010). Además, en pacientes con AN y BN la presencia e intensidad de comportamientos impulsivos parece reflejar una disfunción en la gestión y la expresión de la ira, un fenómeno que podría agravar sustancialmente la evolución del cuadro (Miotto et al., 2008).

En lo que respecta a la evaluación de las dimensiones de agresión, los resultados indican una menor puntuación de los pacientes con TCA en agresividad física y agresión verbal, y también puntuaciones significativamente mayores en hostilidad, desconfianza y culpa en comparación con controles sanos (Zalar, Weber y Serneć, 2011). Estos resultados concuerdan con la idea de que la supresión de la ira y la internalización es una característica importante en pacientes con AN y BN (Eizaguirre, 2003; Truglia et al., 2006). En un estudio de Bojan Zalar, Urška Weber y Karin Serneć (2011) se concluyó que la anorexia nerviosa tipo purgativo y bulimia nerviosa presentan varias similitudes importantes con respecto a la agresión y la impulsividad. Ambos grupos de pacientes presentan acentuados rasgos de agresión. Sin embargo, también presentan ciertas diferencias, reflejando una mayor agresión abierta que encubierta en los pacientes con bulimia nerviosa, siendo esta más alta en pacientes con anorexia nerviosa.

Por su parte, en el estudio sobre la relación de los estilos parentales en pacientes con TCA y las conductas de autolesión, al que se ha hecho referencia anteriormente, los autores indican que los pacientes con TCA y conductas autolesivas, tenían una patología TCA más grave que aquellos con el trastorno y sin conducta autolesivas (Fujimori et al., 2011). Este resultado es similar a la asociación de mayor impulsividad con la gravedad de síntomas de TCA que se encuentra en Favaro y colaboradores (2005).

3.8. Área de autopercepción

3.8.1. *Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y calidad de vida*

Con respecto a la calidad de vida, son diversos los estudios que han encontrado una calidad de vida en los pacientes con TCA significativamente menor que en los controles (De Zwaan et al., 2002; De Zwaan et al., 2002; Doll, Petersen y Stewart-Brown, 2005; Kolotkin et al., 2004; Mond et al., 2005; Pérez y Warren, 2012; Ricca et al., 2009; Rieger et al., 2005). Cuando los estudios evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud de los diferentes TCA, no hubo diferencias significativas entre AN y BN pero parecía ser más evidente la disminución de la calidad de vida física en pacientes con TA (Doll et al., 2005; Mond et al., 2005; Padierna et al., 2000). En el estudio de Mond y colaboradores (2005) sobre salud física de los pacientes con TCA, medida por el SF-12, se obtuvieron resultados más pobres en los pacientes con TA que en los que padecían AN o BN.

En el estudio realizado por Grenon y colaboradores (2010) a través del instrumento EQ-5D-3L que valora la salud autopercebida, encuentran que la puntuación media en calidad de vida del grupo de mujeres con trastorno por atracón fue significativamente inferior a la de una muestra de mujeres con una media de edad similar. Los resultados anteriores fueron consistentes con los de Padierna y colaboradores (2000), quienes informaron de un mayor deterioro de la salud física a través de la utilización del Cuestionario SF-36, instrumento de Calidad de Vida Relacionada con la salud, en pacientes con TA; sin embargo, las diferencias en comparación con AN y BN no fueron estadísticamente significativas.

El TA es un problema frecuente en la población obesa (Kessler et al., 2013). Mientras que la obesidad, y especialmente la obesidad mórbida, se ha relacionado con un deterioro significativo de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con TA (Pérez et al., 2012; Ricca et al., 2009; Masheb y Grilo, 2009). Además, la obesidad está asociada con diversas patologías físicas como diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, insuficiencia cardíaca, etc. Keilen, Treasure, Schmidt y Treasure (Keilen et al., 1994) utilizan, en 1994, un instrumento de medición genérico, el Perfil de Salud de Nottingham, utilizado también en la investigación de Spitzer et al. (Spitzer et al., 1995), alcanzando conclusiones similares.

3.8.2. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y apoyo social percibido

Se puede considerar el apoyo social como un recurso social para hacer frente al estrés y que, necesariamente, implica la presencia y el producto de relaciones interpersonales. Desde el punto de vista de su relación con la salud, resulta más relevante la evaluación del apoyo social percibido que del apoyo social real. De modo que, el apoyo social favorece la salud, bien porque se relaciona negativamente con el comienzo de enfermedades u otros problemas de salud, bien porque facilita la recuperación de algunos trastornos (Adler y Matthews, 1994).

Por el momento, los trabajos de revisión efectuados confirman que el apoyo social debe ser considerado como una variable de especial interés en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (Bennett y Cooper, 1999; Cattanach y Rodin, 1988). Autores como, Quiles, Terol y Quiles, en 2003, señalaron que los pacientes con TCA cuentan con un menor número de proveedores de apoyo en relación con sujetos sanos, perciben un menor apoyo emocional, informacional e instrumental, y están menos satisfechos con la calidad del apoyo que reciben.

En la misma línea que lo anteriormente señalado, los estudios que han investigado la relación entre el apoyo social y los TCA muestran que aunque estos pacientes tengan un acceso similar al apoyo social que individuos sin el trastorno, se muestran más insatisfechos con sus redes de apoyo, más ansiosos, incómodos y alienados, sus redes sociales son más pequeñas comparadas con las de los sujetos controles y, en particular, los pacientes con bulimia nerviosa perciben menor apoyo social de la familia y amigos y tienen un mayor número de interacciones interpersonales negativas (Bennett et al., 1999; Grissett et al., 1992; Tiller et al., 1997). Además, la mayoría de trabajos coincide en afirmar que tanto los pacientes con anorexia nerviosa como los sujetos con bulimia nerviosa cuentan con un menor número de proveedores de apoyo al compararlos con población sana (Ghaderi y Scott., 1999; Grissett et al., 1992; Rorty, Yager, Buckwalter y Rosotto, 1999; Tiller et al., 1997; Troop, Holbrey y Treasure, 1998). Mientras que, en el caso de los sujetos con anorexia nerviosa se espera que dispongan de una red familiar en la que sus padres sean sus mayores proveedores de apoyo (Raich, 1994; Tiller et al., 1997). Por su parte, los trabajos que evalúan a la familia en sentido amplio, como fuente proveedora de apoyo, encuentran que tanto pacientes con anorexia nerviosa como los

que presentan bulimia nerviosa perciben un menor apoyo de su familia frente a controles (Ghaderi et al., 1999; Grissett et al., 1992; Troop et al., 1998). Mientras que las personas que padecen bulimia nerviosa perciben menos apoyo de sus amigos frente a población sana, cuando se ha evaluado esta fuente de apoyo de forma global (Grissett et al., 1992). Con respecto a la adecuación del apoyo, los pacientes con bulimia nerviosa presentan menores niveles de satisfacción con el apoyo al compararlos con los grupos controles (Tiller et al., 1997).

De modo que se puede concluir que los pacientes con anorexia y bulimia nerviosas perciben menos apoyo informacional, emocional e instrumental que la población sana, no presentándose diferencias entre ambos tipos de pacientes en los dos últimos (Bennett et al., 2001; Tiller et al., 1997).

3.8.3. *Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y autoestima*

En 1965 Rosenberg señalaba que la autoestima se encuentra estrechamente relacionada con el autoconcepto y que puede definirse como „la actitud positiva o negativa hacia un objeto particular“, es decir, *el sí mismo* (Rosenberg, 1965), lo que supone un componente valorativo del autoconcepto.

En cuanto a la autoestima, son varios los estudios que han encontrado que la baja autoestima está asociada al desarrollo de los TCA (Beato, Rodríguez, Belmonte y Martínez, 2004; Ghaderi y Scott, 2001; Kim y Lennon, 2007). La autoestima se ha propuesto, en repetidas ocasiones, como un determinante importante de estos trastornos (Button, 1990). De hecho, la baja autoestima ha sido generalmente considerada como un factor de vulnerabilidad en los TCA (Button, Sonuga-Barke, Davies y Trompson, 1996; Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999), llegándose incluso a sugerirse que sería un requisito previo necesario para el desarrollo de los TCA (Silvestone, 1992).

La literatura señala que los sujetos con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa presentan niveles más bajos de autoestima que la población sana, sin evidenciar diferencias entre ambos tipos de pacientes (Ghaderi et al., 1999; Tiller et al., 1997). Además, estos niveles más bajos de autoestima ya están presentes en las personas con alta tendencia a desarrollar un trastorno alimentario (Koo-Loeb, Costello, Light y Girdler, 2000). Por una parte, otros autores, como Toro (1996) y Rosen y Ramírez (1998), destacan que la baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación y que serán expresados

con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismos. Por otra parte, algunos autores señalan que la baja autoestima podría ser una consecuencia de los TCA, actuando tanto como factor de predisposición, como de mantenimiento de estos trastornos en mujeres adolescentes (Gual et al., 2002). Estudios previos de casos y controles que evalúan los factores de riesgo para la BN (Fairburn et al., 1997) y el trastorno por atracón (Fairburn et al., 1998) han encontrado resultados similares en cuanto a la auto-evaluación negativa para ambos trastornos y perfeccionismo solamente para la BN, pero no para los atracones.

3.9. Resumen

En el capítulo presentado se ha hecho evidente tanto el gran número de investigaciones que ha suscitado el tema de estudio, como la cantidad de variables que están en relación con los TCA. Esto permite visualizar la gran complejidad del tema que nos atañe.

Como ha quedado especificado, los TCA se han relacionado con sentimientos de disforia, depresión y sintomatología ansiosa, junto con una autovaloración/autoestima baja, lo que a su vez repercute en las relaciones interpersonales y puede dificultar el afrontamiento de acontecimientos vitales estresantes. Sin embargo, es importante señalar que el tipo de relación entre las distintas variables no ha quedado esclarecida. Asimismo, los TCA se han relacionado con una pérdida de calidad de vida, en posible relación con el decremento de la autonomía e independencia, así como por la presencia de todas las demás dificultades, ya señaladas (inseguridad, falta de asertividad y estrategias de afrontamiento, problemas interpersonales, rasgos perfeccionistas, etc.). La crianza y los patrones parentales también han sido estudiados, tanto para mejorar la comprensión de la génesis de los trastornos, como con el objetivo de mejorar el tratamiento de los mismos.

Capítulo 4

**Trastornos de la conducta alimentaria y
trastornos de la personalidad**

4.1. Introducción

En el presente capítulo se van a analizar los trastornos de la personalidad, su conceptualización y su relación/comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria. Debido a que la literatura científica señala que los factores de la personalidad pueden estar relacionados en la patogénesis de los trastornos de la conducta alimentaria, han sido examinados en profundidad. Además, se va a proceder a analizar el modelo de personalidad de Millon, ya que es el que se ha seguido en la parte empírica de la investigación con la utilización del MCMI-III (Millon et al., 1997).

El efecto específico de la relación entre los trastornos de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria es todavía poco claro, generando, por ello, muchas controversias. Lo que ha quedado patente es que la presencia de un trastorno de la personalidad junto a una alteración de la conducta alimentaria complica el cuadro clínico. En concreto, hace más difícil la detección temprana del problema, dificulta el tratamiento y ensombrece el pronóstico terapéutico (Díaz, Carrasco, Prieto y Saiz, 1999).

El interés por el estudio sistemático de los trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria comenzó con la inclusión del eje II del DSM y del desarrollo específico para su valoración de entrevistas estructuradas, como el IPDE (Loranger, 1995) o el SCID-II (Spitzer, Williams y Gibbon, 1987), y de pruebas de autoinforme, como el MCM-II (Millon, 1997) (Matsunaga, Kiriike, Nagata y Yamagami, 1998). Pero anteriormente ya se había estudiado esta relación, por ejemplo, Janet (1919) realizó una temprana descripción de formas histéricas y obsesivas de anorexia nerviosa, y Freud (1895) se refirió a las características melancólicas de la anorexia. De este mismo modo, otros autores psicoanalíticos enfatizaron la importancia de las fantasías eróticas y agresivas primitivas en la etiología de anorexia nerviosa (Benedek 1936; Waller, Kaufman y Deutsch, 1940), en tanto que los teóricos de las relaciones objetales e interpersonales destacaron el desamparo y la sumisión de las anoréxicas en su relación con otros (Brunch, 1973; Selvini-Palazolli, 1979). Posteriormente, autores cognitivos sugirieron que los autoesquemas de insuficiencia, perfección y ascetismo junto, a creencias culturalmente derivadas sobre la virtud de la

delgadez, constituirían el aspecto central de la anorexia nerviosa (Garner y Bemis, 1982; Vitousek y Ewald, 1993).

4.2. Conceptualización sobre los trastornos de la personalidad

El DSM IV-TR se refiere a los trastornos de la personalidad como un “patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” (APA, 1994, p. 765). De modo que los sujetos con trastornos de la personalidad se apartan considerablemente de las expectativas de su entorno, con lo que queda evidencia de su incapacidad para integrar los aspectos cognoscitivos, afectivos o interpersonales, que son vitales para una buena adaptación (APA, 1994).

Por su parte, en el manual diagnóstico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association, DSM-5 (APA, 2013), un trastorno de la personalidad es: “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro” (APA, 2013, p.665). Por lo que, los trastornos de personalidad se corresponden con pautas de conducta inflexibles y no adaptativas, que denotan problemas en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento efectivas ante las dificultades cotidianas, generan conflictos interpersonales y conducen a limitaciones graves (sociales y laborales) en la vida cotidiana, así como a un aumento en el malestar subjetivo. A diferencia de los trastornos mentales, son estables temporalmente y reflejan alteraciones globales de la persona (Echeburúa y Corral, 1999; Sarason y Sarason, 1996; Vázquez, Ring y Avia, 1990).

Se estima que la presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con conducta alimentaria anómala oscila, según diferentes estudios, entre un 53 y un 93% (Gartner, Marcus, Halmi y Loranger, 1989; Powers, Coover, Brightwell y Stevens,

1988; Skodol et al., 1993; Yager, Landsverk, Edelstein y Hyler, 1989; Zannarini et al., 1990).

Los datos de comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los de alimentación son muy heterogéneos (Thompson-Brenner et al., 2008). Si bien los trastornos de la personalidad aparecen con frecuencia en los TCA, las proporciones de afectación de estos trastornos tienen una gran variabilidad de unos estudios a otros (Skodol et al. 1993; Wonderlich y Swift 1990). Fundamentalmente, en ocasiones las alteraciones en la personalidad de pacientes con TCA se han explicado por la influencia que tendría el bajo peso en dichas alteraciones. En esta relación entre la personalidad y el peso, algunos estudios que valoran el impacto que el aumento de peso y el tratamiento tienen sobre la personalidad, han encontrado escasos cambios respecto a las mediciones previas, lo cual permitiría suponer que la alteración de la personalidad no es tan solo una consecuencia del trastorno de la conducta alimentaria y el peso (Loranger et al., 1991; Sohlberg y Strober 1994). Sin embargo, existen resultados contrarios que avalan la mejoría conjunta del trastorno de la personalidad y de la sintomatología del trastorno de la conducta alimentaria (Grilo y White, 2003; Herzog et al., 1992).

De este modo, ha quedado patente que la presencia de un trastorno de la personalidad en pacientes con TCA va asociado a una mayor severidad del trastorno y es indicador de peor pronóstico (Rossiter, 1993; Sholberg, 1990). Así mismo, se ha encontrado que los rasgos patológicos de personalidad se asociaban también con mayores puntuaciones en casi todas las escalas sintomatológicas del EDI (*Eating Disorder Inventory*) (Birmingham, Touyz y Harbottle, 2009).

Por su parte, se ha visto que no todas las personas ofrecen la misma predisposición a padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Ciertos temperamentos asociados a determinados rasgos de personalidad como inmadurez, evitación y perfeccionismo hacen a las personas más vulnerables a desarrollar un trastorno de la alimentación (Fassino et al., 2004; Fassino, Daga y Amianto, 2002). Por ejemplo, la impulsividad parece asociada a muchos trastornos mentales y es identificada como un factor cuya influencia empeora el pronóstico. En los últimos años la impulsividad ha generado un amplio interés en los TCA, sobre todo dentro de la bulimia nerviosa.

Con estos datos y la posibilidad de influencia de los trastornos de la personalidad en la cronificación de los TCA, su abordaje parece fundamental para lograr una buena evolución clínica (Wonderlich y Swift, 1990) y unos niveles de funcionamiento global satisfactorios (Herzog et al. 1992).

Los estudios transversales de la personalidad y el temperamento de individuos con TCA son numerosos, haciendo referencia comúnmente a rasgos como el perfeccionismo, neuroticismo, evitación del daño, impulsividad, así como a los trastornos obsesivo compulsivo (TOC) y límite de la personalidad (TLP) (Cassin y von Ranson, 2005; Molina, 2011). Sin embargo, la investigación transversal tiene limitaciones importantes en comparación con la potencialmente compleja relación entre los TCA y los diversos temperamentos y rasgos de personalidad. A pesar de los desafíos inherentes a la realización de investigaciones prospectivas en esta población, son varios los estudios que se han hecho sobre los rasgos de personalidad y temperamento, que pueden constituir factores de riesgo para los TCA. Así, el neuroticismo y emocionalidad negativa, se han convertido en probables factores de riesgo (Bulik et al., 2006; Cervera et al., 2003; Killen et al., 1996; Lilenfeld et al., 2006; Stice, 2002).

Hay estudios que permiten suponer que la alteración de la personalidad, no es tan solo una consecuencia del trastorno de la alimentación, sino que se encuentra presente desde antes (Loranger et al., 1991; Sohlberg et al. 1994), aunque por el momento no existen conclusiones definitivas a este respecto, dada la existencia de resultados que avalan la mejoría paralela entre la sintomatología propia del trastorno alimentario y la del trastorno de la personalidad (Herzog et al., 1992).

Asimismo, existe una importante línea de investigación que ha analizado las diferentes agrupaciones posibles en relación con los rasgos de personalidad en sujetos con TCA. La mayoría de estos estudios apoyan la existencia de tres subtipos de personalidad (resiliente o de alto funcionamiento, subcontrolado y sobrecontrolado) (Asendorpf, Borkenau, Ostendorf y Aken, 2001; Claes et al., 2012; Claes, Vandereycken y Vertommen, 2002; Espelage, Mazzeo, Sherman y Thompson, 2002; Goldner et al., 1999; Holliday et al., 2006; Hopwood, Ansell, Fehon y Grilo, 2010; Robins et al., 1996; Strober, 1983; Westen y Harnden-Fischer, 2001; Wonderlich et al., 2005). Sobre estos aspectos se profundizará en el siguiente capítulo.

4.3. El modelo biosocial-evolucionista sobre la personalidad de Millon

La propuesta sobre la personalidad que mayor grado de integración alcanza y que mayor difusión tiene en la actualidad es el “modelo evolutivo” de Millon (1997) que además de incluir aspectos cognitivos, conductuales y biológicos, incluye algunos derivados de perspectivas interpersonales. Tal y como resume Montaña (2009), Millon atribuía posibles efectos en la personalidad a las variables biológicas como lo hacía con las variables psicosociales. Además, el modelo actual de Millon extrae, de las perspectivas psicodinámica, cognitiva, interpersonal y biológica, diferentes ámbitos de manifestación de la personalidad. Estos serían: mecanismos de defensa, representaciones objetales, autoimagen, estilo cognitivo, comportamiento interpersonal y estado de ánimo/temperamento (González, Pérez y Redondo, 2007).

Millon postuló una diferenciación de la gravedad de los trastornos de la personalidad, estableciendo tres niveles de intensidad: leve, moderada y grave. A medida que la severidad de la patología de la personalidad aumenta, el valor distintivo de los diferentes estilos de personalidad se atenúa. De modo que la diferencia principal, entonces, está en que los individuos normales muestran flexibilidad adaptativa en respuesta a su ambiente, mientras que las personas con trastornos de la personalidad exhiben conductas rígidas y desadaptativas. La tendencia a crear círculos viciosos que perpetúan las dificultades y la escasa estabilidad en condiciones de estrés son las otras dos diferencias fundamentales entre las personalidades patológicas y las normales.

La primera propuesta teórica de Millon estaba basada en un modelo de aprendizaje biosocial (Millon, 1976; Millon y Everly, 1994) y la noción de refuerzo era el tema unificador del modelo. Millon decía, entonces, que el refuerzo buscado podía ser la persecución del placer o la evitación de dolor, que ese refuerzo podía ser buscado en sí mismo o en los otros y, finalmente, que el individuo podía actuar de manera activa o de manera pasiva para alcanzarlo. De este modo, las tres polaridades del modelo original fueron las siguientes: conducta instrumental, el cómo: activo – pasivo; fuente del refuerzo, el dónde: sí mismo (independiente) – otros (dependiente); naturaleza del refuerzo, el qué: placer – dolor. Por lo que la teoría sostiene que a partir del conocimiento de los defectos de estas tres dimensiones polares es posible derivar de forma deductiva los ocho trastornos de personalidad básicos, combinando la naturaleza (positivo o placer contra negativo o dolor), la fuente (sí mismo versus otros) y las

conductas instrumentales (activo contra pasivo). Los ocho patrones que derivó son, en cambio, un desbalance o una mezcla desigual de las tres polaridades, lo que según Widiger (1999) constituye un "error potencial del modelo". Cuatro patrones se derivan de la naturaleza y fuente de refuerzos: retraído (no busca refuerzos), dependiente (busca refuerzo en los demás), independiente (busca refuerzo en sí mismo) y ambivalente (inseguro respecto a donde buscar refuerzo). Estos cuatro patrones se cruzan con las dos variantes de conducta instrumental (activo, pasivo) para producir ocho modelos de personalidad. Las dos variantes de conducta instrumental representan claramente la polaridad activo-pasiva, pero los modelos retraído, dependiente, independiente y ambivalente no representan un cruce claro de las polaridades yo-otros y placer-dolor (Widiger, 1999). A continuación, se presenta la Tabla 4.1 donde se expone cómo se relacionan los ocho modelos de personalidad con las tres polaridades señaladas.

Tabla 4.1. Los 8 patrones básicos de personalidad con respecto a las tres polaridades (adaptado de Widiger, 1999).

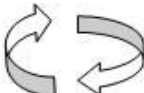
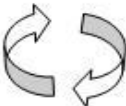
Activo				Pasivo			
Yo		Otros		Yo		Otros	
Dolor	Placer	Placer	Dolor	Dolor	Placer	Placer	Dolor
Activo – Retraído (evitativo)	Activo – Independiente (antisocial)	Activo – Dependiente (histriónico)		Activo – Retraído (esquizoide)	Activo – Independiente (narcisista)	Activo – Dependiente (dependiente)	
Activo – Ambivalente (pasivo-agresivo)				Pasivo-Ambivalente (compulsivo)			

Los esfuerzos continuados para mejorar la nosología psiquiátrica llevaron a una pronta revisión del DSM-III en 1987. En particular, se discutió la posibilidad de agregar dos trastornos de la personalidad, el sádico y el masoquista. Estos trastornos fueron incluidos en el apéndice de categorías diagnósticas que requieren estudios ulteriores en el DSM-III-R (APA, 1988) aunque fueron excluidos luego en el DSM-IV (APA, 1995). Sin embargo, estas nuevas categorías diagnósticas fueron incorporadas por Millon en la revisión que llevó a la segunda versión del Inventario Clínico Multiaxial de Millon [MCMI] (Millon, 1999b) aparecida al mismo tiempo que el DSM-III-R. Sin embargo, Millon quedó convencido de la utilidad de ambas y las mantuvo en su modelo hasta la actualidad, y para acomodar los nuevos trastornos agregó un elemento discordante (que puede concebirse como una disposición orientada al dolor) a la naturaleza y fuente del

refuerzo. Las personalidades discordantes utilizan las circunstancias para "conseguir refuerzo positivo" o "evitar refuerzo negativo", o para "sustituir el dolor por el placer" (Millon, 1999b). Como con los otros factores, el elemento discordante tiene una variante pasiva (la personalidad masoquista o autoagresiva) y una variante activa (la personalidad sádica o agresiva). Además de los nuevos prototipos, Millon revisó algunas de sus descripciones para aumentar la compatibilidad entre sus tipos de personalidad y los del DSM-III-R y cambió el nombre de la personalidad cicloide a personalidad límite.

La ampliación del modelo para incluir las fases de evolución no requirió una revisión significativa de las tres polaridades originales. El modelo evolutivo postula cuatro polaridades fundamentales de desarrollo, si bien los prototipos de personalidad se siguen explicando a partir de las tres primeras: (a) objetivos de existencia (polaridad placer-dolor), cómo se llega a ser – apertura (búsqueda de experiencias de recompensa) y preservación de la vida (evitación del peligro y la amenaza); (b) modos de adaptación (polaridad activo-pasivo), cómo se sigue siendo – acomodación ecológica (atenerse a la realidad favorable) y modificación ecológica (dominio del propio entorno); (c) estrategias de replicación (polaridad yo-otros), cómo se transmite la existencia – individuación reproductora (consecución del sí mismo – individualismo) y crianza reproductora (amor constructivo hacia los demás – protección); (d) procesos de abstracción, capacidad de simbolizar el mundo interno/externo – polaridad pensamiento – sentimiento. En la Tabla 4.2 se muestra la clasificación de Millon de los trastornos de la personalidad del DSM-III-R desde la perspectiva del modelo evolutivo (Millon, 1990).

Tabla 4.2. Clasificación de Millon de los trastornos de la personalidad del DSM-III-R desde la perspectiva del modelo evolutivo (Millon, 1990).

	Objetivos de existencia		Estrategias de replicación	
	Mejoramiento de la vida	Preservación de la vida	Propagación reproductiva	Protección reproductiva
	Placer – Dolor		Yo – Otros	
Polaridad	Placer –	Placer		Yo –
Deficiencia				Yo
patológica,	Dolor +	Dolor		Otros –
desbalance o				Otros
conflicto				
Modo de adaptación	Trastorno de personalidad DSM-III-R			
Pasivo:	Esquizoide	Auto-agresivo	Dependiente	Narcisista Compulsivo
acomodación				
Activo:	Evitativo	Sádico	Histriónico	Antisocial Pasivo-agresivo
modificación				
Disfuncional	Esquizotípico	Límite- Paranoide	Límite Paranoide	Límite-Paranoide

Los prototipos básicos de personalidad, coincidentes con los diferentes trastornos de personalidad que fueron apareciendo en las distintas versiones del DSM fueron dando lugar a numerosas variaciones, resultantes de la investigación empírica y la experiencia clínica, que combinan aspectos de más de un trastorno básico (Choca y Van Denburg, 1998; Millon y Davis, 1998; Millon y Davis, 2000). Estas variaciones permiten al clínico una mayor discriminación entre pacientes diagnosticados (de acuerdo a los criterios del DSM) con un mismo trastorno.

En la teoría que se está presentando, se han formulado tres patrones patológicos de personalidad adicionales que representan estados avanzados de la patología de personalidad y que reflejan un deterioro grave y lento de la estructura de personalidad. Difieren de los demás trastornos de la personalidad en los déficits de competencia social, presencia de síntomas psicóticos, menor integración de personalidad, menos estrategias de afrontamiento y mayor vulnerabilidad al estrés cotidiano. Estos trastornos son: Esquizotípico, límite y paranoide.

A continuación, se realiza un breve resumen de las principales características del resto de patrones de personalidad siguiendo el manual del *Inventario clínico multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III; Millon et al., 1997)*.

- Patrón esquizoide: sujetos caracterizados por falta de deseo e incapacidad para sentir placer-dolor. Tienden a la apatía, desgana, distancia y escasas relaciones sociales.

- Patrón evitativo: sujetos que experimentan pocos refuerzos positivos de sí mismos y de los demás. Con tendencia a permanecer alerta y a utilizar como estrategia adaptativa es la retirada activa como un reflejo de su miedo y desconfianza hacia los demás. De modo que mantienen un control de impulsos y a pesar de tener deseo de relacionarse presentan distancia interpersonal.

- Patrón depresivo: presentan tristeza, pesimismo, falta de alegría, incapacidad para experimentar placer y retardo motor. Los sujetos presentan una sensación de rendición y una pérdida de esperanza de la recuperación de la alegría.

- Patrón dependiente: estos sujetos han aprendido no solo a recurrir a los demás para obtener cuidados y seguridad, sino también a esperar pasivamente que otros tomen el mando y se lo proporcionen.

- Patrón histriónico: sujetos que tienden a buscar la atención y favores de los otros, evitando la indiferencia y la desaprobación de los demás. Buscan estimulación y afecto de un modo insaciable,

- Patrón narcisista: son sujetos que experimentan placer primario siendo pasivos o centrándose en sí mismos y dedicándose egodistónicamente a ellos.

- Patrón antisocial: sujetos que actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y la posible agresión a manos de otros, implicándose en conductas de engaño e ilegales para obtener su propio beneficio. Con tendencia a la irresponsabilidad e impulsividad, y presentan insensibilidad y crueldad sobre los otros.

- Patrón agresivo: sujetos que pueden obtener placer y satisfacción personal humillando a otras personas y violando sus derechos y sentimientos. Son sujetos hostiles y globalmente combativos, y parecen indiferentes o incluso complacidos por las consecuencias destructivas de sus comportamientos.

- Patrón compulsivo: sujetos prudentes, con autocontrol y tendencias perfeccionistas que derivan de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el miedo a la desaprobación social. Presentan gran autoexigencia bajo la que existen sentimientos de ira y rebeldía que en ocasiones desbordan sus controles.

- Patrón negativista: sujetos que sienten una pugna entre seguir las recompensas ofrecidas por otros y aquellas que ellos mismos desean. Su conducta se caracteriza por un patrón variante de ira explosiva entremezclada con periodos de culpa y vergüenza.

- Patrón autodestructivo: sujetos que se relacionan con los otros de forma servil y autosacrificada, permitiendo la exploración o que los demás se aprovechen de ellos. Actúan de un modo modesto y humilde, y a menudo se colocan en una posición inferior o de despreciable.

- Patrón esquizotípico: sujetos que prefieren el aislamiento social con relaciones y obligaciones personales mínimas. Se comportan de forma autística o cognitivamente confusa, piensan tangencialmente y a menudo parecen estar absortos en sí mismos y sus pensativos. Presentan grandes excentricidades y a menudo los demás los perciben como extraños.

- Patrón límite: estos sujetos experimentan intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de depresión y apatía, salpicados con ira, ansiedad o euforia. Presentan falta de regulación del afecto, con inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Suelen presentar pensamientos sobre autolesiones y suicidio, problemas para mantener un sentido claro de identidad y gran ambivalencia cognitivo-afectiva que se evidencia en sentimientos o conflictos de cólera, amor y culpa hacia los demás.

- Patrón paranoide: sujetos con vigilante desconfían hacia los demás y una actividad defensiva tensa ante la anticipación de las críticas y los engaños. Presentan una irritabilidad abrasiva y tienden a provocar la exasperación y el enfado en otros. Presentan gran inflexibilidad en su pensamiento.

Ahora se realiza una breve descripción de los síndromes clínicos del eje I, siendo los tres últimos los síndromes considerados clínicamente graves:

- Trastorno de ansiedad: sujetos que informan de sentimientos vagamente aprensivos y fóbicos, con gran tensión, indecisión, molestias físicas. Presentan un estado generalizado de tensión que se manifiesta por la incapacidad de relajarse, movimientos nerviosos y la tendencia a reaccionar y a sobresaltarse fácilmente.

- Trastorno somatomorfo: sujetos que expresan sus dificultades psicológicas mediante los canales somáticos, periodos persistentes de cansancio y debilidad y

preocupación por su falta de salud y una variedad de colores dramáticos pero inespecíficos. Normalmente las quejas somáticas se emplean para llamar la atención.

- Trastorno bipolar: son sujetos que presentan periodos de euforia superficial, una elevada autoestima, un exceso de actividad nerviosa y facilidad para distraerse. Así como, discurso rápido, impulsividad, irritabilidad y elevado entusiasmo. Muchos sujetos Tiene reducida la necesidad de sueño y apetito, y presentan cambios de humor.

- Trastorno distímico: son sujetos que presentan un estado de preocupación con sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima, durante años. Manifiestan frecuentes expresiones de sentimientos de inutilidad y comentarios auto-despreciativos, del mismo modo, durante los periodos de depresión pueden tener muchos momentos de llanto, ideación suicida, una perspectiva pesimista del futuro, distanciamiento social, reducción o exceso de apetito, fatiga crónica, concentración pobre y una marcada pérdida de interés en actividades placenteras.

- Dependencia del alcohol: sujetos con una historia de alcoholismo y poco éxito en sus intentos por superar la adicción.

- Dependencia de sustancias: sujetos con historia recurrente o reciente de abuso de drogas.

- Trastorno de estrés postraumático: sujetos que han experimentado un deseo que implicaba una amenaza para su vida y reaccionaron ante ello con miedo intenso o sentimiento de indefensión.

- Trastornos del pensamiento: Sujetos que muestran conductas incongruentes, desorganizadas o regresivas, que parecen confusos y desorientados y que, ocasionalmente, exhiben un afecto inapropiado, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos.

- Depresión mayor: sujetos incapaces de funcionar en un ambiente normal, por estar severamente deprimidos y expresar pavor ante el futuro, ideación autolítica y un sentimiento de resignación y desesperanza.

- Trastorno delirante: son sujetos paranoides agudos y pueden volverse beligerantes, con delirios irracionales pero interconectados. Su estado de ánimo es normalmente hostil, y expresan sentimientos de ser acosados y maltratados.

4.4. Comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad

Se ha evidenciado que no todas las personas ofrecen la misma predisposición a padecer un trastorno de alimentación, de modo que, ciertos rasgos de personalidad como inmadurez, evitación y perfeccionismo hacen a las personas más vulnerables a desarrollar un trastorno de la alimentación (Fassino et al., 2004; Fassino et al., 2002). Por lo que, los rasgos de personalidad forman parte importante en muchos modelos sobre la etiología y mantenimiento de los síntomas anoréxicos (Schmidt y Treasure, 2006). Aunque también es verdad que existen muchas dificultades para establecer una relación entre los TCA y los trastornos de la personalidad, dado que estos últimos pueden comportarse de diversas maneras: como un factor predisponente, una influencia en el pronóstico y la evaluación, una complicación influida por el daño físico o una entidad completamente independiente, que de cualquier manera afectaría a la relación del individuo con su medio.

El estudio de la relación entre los trastornos del eje I, como los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad, ha sido objeto de diversos debates teórico-metodológicos (Wonderlich y Mitchell, 1992), que se han centrado en los modelos explicativos de dicha relación. Los modelos principales de comorbilidad son los siguientes:

1. Predisposicional o de vulnerabilidad: este modelo sostiene que los rasgos de personalidad predisponen a los individuos a desarrollar síntomas clínicos. En los TCA, los rasgos premórbidos de personalidad son considerados como factores etiológicos del desarrollo del trastorno.
2. Complicación: en este modelo, los trastornos de la personalidad son una complicación o consecuencia del síndrome del eje I.

3. Coefecto: desde este modelo, los trastornos de la personalidad y los trastornos del eje I, son considerados como entidades psicobiológicas distintas y ambas causadas por un tercer factor, como podría ser la estructura familiar o un trauma infantil, entre otros.

4. Heterogeneidad o atenuación: este modelo considera que la interacción de varios factores de tipo constitucional y socioambiental serían los causantes de los trastornos de la personalidad y los síndromes clínicos.

5. Interacción o modificación: en este enfoque, los síndromes clínicos y los de personalidad se originarían de forma independiente, pero cuando ambos coexisten, interactuarían para alterar o modificar los rasgos de cada uno de ellos. Esta perspectiva, también llamada *patoplástico*, sostiene que la forma de manifestarse y la respuesta al tratamiento estarán influenciadas por los rasgos de personalidad.

6. Atenuación o continuidad: este modelo sostiene que el trastorno de personalidad es simplemente una versión subclínica de un síndrome clínico, ambos con iguales orígenes genéticos. Lo que ocurre es que es difícil imaginar un trastorno de la personalidad que sea una forma atenuada de anorexia o bulimia nerviosa. Es por este motivo, que este modelo es el que menos se aplica a los trastornos alimentarios.

7. Solapamiento o superposición: esta perspectiva implica que la apariencia de comorbilidad podría ser artificialmente producida por el solapamiento o superposición en los criterios de los trastornos del eje I y los trastornos de la personalidad. De modo que, la superposición de criterios puede llevar a sobreestimar tal comorbilidad.

Cabe destacar, y tal y como se ha señalado en otros apartados, que los datos de comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los de alimentación son muy heterogéneos (Thompson-Brenner et al., 2008), aunque existe un interrogante sobre qué modelo resulta más aplicable.

Así pues, se observa que la manifestación simultánea de más de un trastorno de la personalidad se da con una frecuencia superior a la de la población general, sobre todo en los pacientes con bulimia nerviosa y con historia previa de anorexia nerviosa (Braun, Sunday y Halmi, 1994; Herzog et al., 1992). Los distintos estudios realizados en

pacientes con diferentes tipos de trastorno alimentario señalan la presencia de rasgos obsesivos de 27 a 61 % de las diversas muestras descritas; timidez y dependencia, de 21 a 48 %, y ansiedad de 51 a 64 % de los casos. Las primeras investigaciones realizadas están de acuerdo en que el tipo de personalidad predominante, que va del 69 al 87%, queda comprendido por la combinación de rasgos obsesivos, de inhibición y conformismo (Vitousek y Manke, 1994). Cruz, Unikel, González y Caballero (2003), señalan que los rasgos de personalidad ocupan un lugar muy importante en el origen de los TCA. Sin embargo, encuentran que los estudios encaminados a valorar la relación entre estas dos variables han arrojado resultados muy diferentes. A pesar de ello, señalan que se han obtenido datos convincentes al relacionar los TCA con determinados rasgos del temperamento y carácter, que aparentemente pueden ser determinantes en la presentación, el origen, el curso y la evolución de los mismos.

Jáuregui, Santiago y Estébanez (2009) realizaron un estudio a nivel nacional para analizar las características de personalidad en pacientes ambulatorios con trastornos alimentarios, así como, la influencia de dichas características y ciertos síndromes clínicos en la evolución de esos trastornos, especialmente, cuando cursan durante más de 7 años. Encontraron que de los 147 pacientes analizados con el test de Millon, en las formas clínicas purgativas, la prevalencia de alteración de la personalidad es del 31,07% y en no purgativas del 24,75 %.

Numerosos estudios encuentran que los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa afectados por un trastorno de la personalidad presentan una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansioso-depresivos, así como mayores dificultades de integración social e intentos de suicidio (Braun et al., 1994; Gartner et al., 1989; Matsunaga et al., 1998; Steiger y Stotland, 1996; Wonderlich, Swift, Slotnick, y Goodman, 1990). A pesar de la alta tasa de comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de la personalidad, que puede oscilar del 51 % al 84 % de los casos, el interés por la investigación de este tema es relativamente reciente (Dolan, Evans y Norton, 1994; Garner y Myerholtz, 1998; Grilo et al., 1996; Matsunaga et al., 1998).

Haciendo alusión a las investigaciones que se han centrado en la comorbilidad en función del sexo se encuentra el trabajo de Striegel-Moore, Garvin, Dohm y Rosenheck

(1999) con una muestra de 161 ex combatientes (98 hombres y 63 mujeres) aquejados de alteraciones de la conducta alimentaria, un 49 % de las mujeres y un 18 % de los hombres presentaban algún trastorno de la personalidad, por lo que esta comorbilidad era bastante más frecuente en mujeres que en hombres. Sin embargo, al ser la edad media de la muestra (hombres: 53,5 años; mujeres: 35,3 años) superior a la habitual en la clínica, estos datos no se pueden generalizar. Por su parte, cuando los pacientes están hospitalizados, las tasas de comorbilidad son más altas, pues oscilan del 69 % al 74 % del total, que en el caso de las pacientes tratadas ambulatoriamente (Braun et al., 1994; Kennedy et al., 1995; Wonderlich, Swift, Slotnick y Goodman, 1990).

Para valorar si los trastornos de la personalidad son más comunes en los TCA que en otras psicopatologías, Maranon, Echeburua y Grijalvo (2007) compararon los resultados del grupo de casos con dos grupos control, uno formado con pacientes con otras psicopatologías y el otro con sujetos sanos, obteniendo que el 54,8 % de la muestra de TCA cumplió los criterios de al menos un TP en comparación con el 21,7 % de los pacientes con otra psicopatología y al 8,7 % del grupo control.

Teniendo en cuenta los datos que se acaban de exponer, se evidencia que existe una gran variación entre los resultados de distintas investigaciones. Estas disparidades entre estudios pueden estar causadas por las diferencias tanto en la selección de las muestras como en los métodos de evaluación. Así, por ejemplo, se ha documentado que las personas con diagnósticos múltiples, son más propensas a buscar tratamiento que los individuos con un único diagnóstico. Por lo tanto, las muestras de pacientes que demandan atención no son representativas de las personas con el trastorno en la población general debido a que estas muestras de pacientes tienden a sobreestimar la patología comórbida (Cassin y Von Ranson, 2005). Además, dado que los instrumentos de autoinforme tienden a sobreestimar la prevalencia de los TP, y en eso se basan la mayoría de los estudios realizados (Modestin, Erni y Oberson, 1998), esta práctica da lugar a una sobre estimación de la prevalencia de la TP entre los individuos con TCA (Ramklint, Jeansson, Holmgren y Ghaderi, 2010). Al analizar los estudios realizados con diagnóstico por entrevista, éstos indican que los TP más comúnmente asociados con la ANR son el obsesivo-compulsivo, el de evitación y el dependiente, mientras que el límite, el de evitación, el dependiente y el paranoide son los más comunes entre los individuos con BN. Aunque solo cuatro estudios han examinado las tasas de prevalencia

de TP en TA, colectivamente sugieren que los TP por evitación, obsesivo-compulsivo y límite son los más comunes (Becker, Masheb, White y Grilo, 2010; Cassin y Ranson, 2005).

Para finalizar el apartado, es necesario señalar que estudios más recientes establecen el trastorno límite y el trastorno evitativo de la personalidad como los más frecuentes en los TCA (Chen et al., 2011). En una investigación realizada con una gran muestra de pacientes con TCA y con diagnósticos realizados a través de entrevista (Godt, 2008) se concluye que el 29,5% de los pacientes con TCA tienen uno o más trastornos de la personalidad según criterios del DSM III-R o del DSM IV. En el último estudio encontrado sobre el tema se establece una prevalencia del 22 % de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad en pacientes con ANR, frente al 8 % de la población general. Asimismo, se encuentra una frecuencia de un 24 % de trastorno límite de la personalidad en AN y TCA, y de un 28% en BN, frente al 6 % de la población general (Sansone y Sansone, 2011).

4.5. Comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y la anorexia nerviosa

Según la APA (1994) existen una serie de características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como puede ser la preocupación por comer en público, sentimientos de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social, perfeccionismo y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa. Además, se señala que un número importante de individuos que padecen anorexia nerviosa presentan una alteración de la personalidad que cumple criterios para, al menos, un trastorno de la personalidad. Al comparar a los pacientes de los distintos subtipos de anorexia nerviosa, indica que los pacientes con anorexia nerviosa compulsiva/purgativa tienen mayor probabilidad de presentar problemas de abuso de alcohol y otras drogas, en el control de impulsos, presencia de mayor actividad sexual y mayor labilidad emocional en comparación a los sujetos con anorexia nerviosa restrictiva.

El DSM-5 no realiza cambios sustanciales con respecto a las características asociadas que apoyan el diagnóstico de anorexia nerviosa, pero no señala de forma literal, la asociación entre anorexia nerviosa y trastornos de la personalidad (APA,

2014). Sin embargo, diversos estudios han encontrado que al tener en cuenta la personalidad de los pacientes con anorexia nerviosa se obtiene que del 23 % al 80 % cumplen los criterios para algún trastorno de la personalidad (Gartner et al., 1989; Herzog et al., 1992; Wonderlich et al., 1990). Asimismo, cuando se analizan los subtipos diagnósticos, se encuentra que la mayor comorbilidad de la anorexia nerviosa restrictiva se da con los trastornos de la personalidad obsesiva y evitadora (entre un 25% y un 35 % de los casos) (Gartner et al., 1989; Gillberg, Rastam y Gillberg, 1995; Thornton y Russell, 1997). Por el contrario, el 40 % de los sujetos con anorexia nerviosa purgativa presentan una comorbilidad con la personalidad límite (Fahy y Eisler, 1993; Garner, y Sackeyfio, 1993; Piran et al., 1988). En la comorbilidad con los TP, las pacientes con AN cumplen criterios para algún trastorno de la personalidad entre el 23 y 80 % de los casos (Herzog et al., 1992; Wonderlich y Swift, 1990).

A pesar de la existencia de estas características prototípicas de la personalidad en la AN, se pueden encontrar importantes diferencias en el grado de funcionamiento, identificándose tres tipos de personalidad entre las pacientes AN (Wonderlich et al., 1994):

- I) Funcionamiento medianamente obsesivo, sin trastorno severo de personalidad.
- II) Socialmente evitativo con características más neuróticas.
- III) Funcionamiento severamente alterado caracterizado por alto grado de disforia, impulsividad y baja tolerancia a la frustración.

Autores como Kleinfield, Sunday, Hurt y Halmi (1994) observaron la presencia de un mayor repertorio de conductas evitativas en los pacientes con anorexia nerviosa frente a aquellos con bulimia nerviosa y controles. De modo que, como ya se ha apuntado, parece existir diferencias en los patrones de personalidad según la topografía de la alimentación. Así pues, los pacientes con conductas compulsivas, como atracones y purgas, muestran mayor prevalencia en rasgos de personalidad límite e histriónica; mientras que los pacientes con topografía alimentaria restrictiva muestran mayor frecuencia de rasgos obsesivo-compulsivos (Díaz-Marsá, Carrasco, Prieto y Sáiz, 2000; Díaz-Marsá, Carrasco y Sáiz, 2000; Johnson y Wonderlich, 1992; Levin y Hyler, 1986; Martín Murcia, Motos y Del Águila, 2001; Skodol et al., 1993; Herzog et al. 1992; Johnson y Wonderlich, 1992; Wonderlich et al., 1994). En la misma línea, Norman,

Blais y Herzog (1993) encontraron que el grupo de pacientes con bulimia nerviosa tendería a puntuar más alto en las escalas dependiente e histriónica. Mientras que los grupos de pacientes con anorexia nerviosa presentan una puntuación elevada en las escalas esquizoide y evitativa.

De modo general, se puede señalar que de forma concordante con los estudios de rasgos de personalidad, las pacientes con ANC presentan trastornos de la personalidad más severos y generalmente del grupo B (dramático-motivo), mientras que las pacientes con ANR tienden a recibir diagnósticos del grupo C (ansioso-temerosos) (Kennedy, McVey y Katz, 1990). En lo que respecta a los trastornos del grupo C, el más común parece ser el trastorno por evitación (14-16 %), seguido del trastorno por dependencia (5-10 %) y del trastorno obsesivo-compulsivo (6-7 %) (Wonderlich y Swift 1990; Skodol et al., 1993). Mientras que entre los trastornos del grupo B, el trastorno límite parece ser el más frecuente en las pacientes del espectro compulsivo-purgativo, tanto en pacientes con anorexia nerviosa como con bulimia nerviosa (Loranger et al., 1991; Herzog et al., 1992). Algunos autores atribuyen la alta incidencia de trastorno límite de la personalidad al solapamiento entre la sintomatología propia de este trastorno y del comportamiento bulímico, constituyendo un ejemplo de ello los atracones. No obstante, se ha observado que excluyendo los atracones como criterio del trastorno límite, el diagnóstico se mantiene (Herzog et al., 1992).

4.6. Comorbilidad entre los trastornos de personalidad y la bulimia nerviosa

La APA (2000) en el DSM-IV-TR señala que un número importante de individuos con bulimia nerviosa tiene rasgos de personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad, siendo en su mayoría el trastorno límite de la personalidad, aspecto igualmente señalado en el DSM-5 (2013).

En general, las evaluaciones de personalidad definen a los pacientes con bulimia nerviosa como personas impulsivas, con elevada sensibilidad interpersonal, baja autoestima, tendencia a tomar decisiones rápidas y actuar de forma impredecible, poco meditada y, en definitiva, poco controlada (Herrera-Giménez, 2011; Newton, Freeman y Munro, 1993). Este tipo de pacientes presentan con frecuencia actitudes obsesivas y perfeccionistas, son más impulsivos que las personas con anorexia nerviosa (Claes, Vandereyken y Vertommen, 2002), son emocionalmente más inestables (Vitousek y

Manke, 1994), experimentan más ansia por la comida (Moreno, Rodríguez-Ruiz y Fernández-Santaella, 2009), abusan del consumo de sustancias con más frecuencia, son más buscadores de sensaciones y llevan a cabo más conductas antisociales (Engel et al., 2005; Loxton y Dawe, 2001; Ortega-Roldán et al., 2009; Rosval et al., 2006).

Kleifield, Sunday, Hurt y Halmi (1994) aplicaron el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) de Cloninger (1987) a pacientes con BN. De este modo, encontraron que el 63 % de los pacientes con trastorno de la personalidad asociado, manifestaba una psicopatología más grave, mayor insatisfacción corporal y abuso de laxantes, además de puntuaciones elevadas en la dimensión de "evitación del daño"; por el contrario, mostraron una menor puntuación en la dimensión de "autodirección". Para estos autores, una puntuación baja en esta área se podría identificar con aquellos casos con un trastorno de la personalidad asociado. Díaz, Carrasco, Prieto y Saiz (1999) observaron que la impulsividad, considerada como una dimensión independiente o asociada a la "búsqueda de la novedad" o a la "extroversión", constituye el hallazgo más consistente para la BN.

Según Bulik, Sullivan, Joyce y Carter (1995) y Levin y Hyler (1986), el 63 % de los pacientes con bulimia nerviosa cuentan con algún trastorno de la personalidad, sobre todo el límite, así como también con algún otro del grupo C (evitador, obsesivo o dependiente) o del grupo A (paranoide, esquizoide o esquizotípico). En un estudio de revisión se ha apuntado la existencia de una tasa de comorbilidad del 24 % al 44 % de la bulimia nerviosa con la personalidad límite (Dolan, Evans y Norton, 1994).

Las investigaciones en estas áreas parecen indicar que el trastorno límite de la personalidad es el que presenta una mayor tasa de comorbilidad con la bulimia nerviosa, que puede oscilar entre el 2 % y el 47 % de los casos, que con el resto de la patología del eje I (Wonderlich et al., 1990). La gran amplitud de rango está relacionada con los problemas metodológicos de los estudios (por ejemplo, diagnósticos poco precisos y ausencia de grupos de control) y, sobre todo, con el solapamiento de algunos criterios diagnósticos que resultan comunes al trastorno límite de la personalidad y la bulimia nerviosa. Por ese solapamiento en los criterios, hay un riesgo de sobrediagnóstico del trastorno de la personalidad límite en los sujetos con bulimia nerviosa. Respecto a la comorbilidad entre la bulimia nerviosa y el trastorno de la personalidad límite, el padecimiento común de abusos sexuales en la infancia es un hecho interesante, ya que diversos estudios han señalado que los antecedentes de abuso sexual son tres veces más

frecuentes en los sujetos con bulimia nerviosa que en población general (Garfinkel et al., 1995) y que en los pacientes con anorexia restrictiva (Coover, Kinder y Thompson, 1989). Sin embargo, más recientemente, se ha indicado que los sujetos con bulimia nerviosa, y con antecedentes de abuso sexual, presentan una mayor gravedad del cuadro clínico y una mayor tasa de comorbilidad con el trastorno de la personalidad límite (Claridge, Davis, Bellhouse y Kaptein, 1998).

En un estudio reciente (Vervaeke et al., 2004), encuentra que las diferencias de personalidad son más marcadas entre las AN restrictiva y BN, mientras que las características de las pacientes con AN compulsivo-purgativas son similares a las de las pacientes con BN. Las pacientes con BN muestran puntuaciones más altas en la dimensión búsqueda de novedades y en las subescalas de “excitabilidad exploratoria”, “impulsividad” y “extravagancia”, y una puntuación más baja en la de autosuficiencia, en comparación con las AN restrictivas. Por su parte, las pacientes que presentan atracones/conductas de purga, muestran puntuaciones más bajas en autosuficiencia que las que nunca han presentado esas conductas.

La relación entre el trastorno de personalidad límite y los TCA (especialmente las BN) ha sido fuente de importante debate y de hallazgos dispares: múltiples estudios han puesto de manifiesto una fuerte asociación entre la bulimia nerviosa y el trastorno límite (Gartner et al., 1989; Herzog et al., 1992; Kennedy et al., 1990; Wonderlich et al., 1994; Zinarini et al., 1990) con una diversidad de tasas encontradas, entre un 2 % y un 57 %, en las que influye principalmente la variabilidad en la metodología y en los instrumentos utilizados, así como el desacuerdo en la conceptualización del trastorno de personalidad límite (TLP).

Para algunos autores, son los trastornos depresivos asociados los que se malinterpretan como trastorno de personalidad límite (Piran et al., 1988) y para otros, la bulimia nerviosa es conceptualmente confundida con el TLP por la sintomatología bulímica que puede remediar este trastorno. Esta idea se encuentra apoyada en hallazgos que revelan la mejoría del TLP con terapias breves y focalizadas en los síntomas bulímicos, mejoría que no sería posible si este fuera independiente de la sintomatología aguda (Wonderlich et al., 1994). Sin embargo, como ya se ha comentado, se ha observado que excluyendo los atracones como criterio del TLP, el diagnóstico se mantiene (Herzog et al., 1992).

4.7. Comorbilidad entre los trastornos de personalidad y el trastorno por atracón

Con respecto a la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y el trastorno por atracón se ha de destacar el estudio de Arias-Horcajadas y colaboradores (2006) que presentan los resultados de los pacientes con síntomas de atracón, es decir, tanto bulimia nerviosa como trastorno por atracón, e indican que presentan más de dos diagnósticos de TP (36,7 % de la muestra). Estos resultados parecen coincidir con los indicados en otros estudios (Specker et al., 1994; Picot y Lilenfeld, 2003; van Hanwijck de Jonge et al., 2003), donde señalan que los TP que predominan son los trastornos histriónicos, límite, anancástico y evitativo.

Para finalizar, en relación a las dimensiones de personalidad en TA, BN, pacientes obesos y grupo de control con peso normal, Peterson y colaboradores (2010) identifican un mayor grado de reacciones de estrés en las pacientes bulímicas, mientras que las pacientes con TA presentan una elevada tendencia a la evitación.

4.8. Resumen

En este capítulo se ha puesto de manifiesto la gran cantidad de estudios en los que se ha analizado la influencia de los factores de la personalidad en la patogénesis de los trastornos de la conducta alimentaria que se han realizado.

Por una parte, se encuentran estudios que han intentado determinar cuáles son los trastornos de la personalidad que con más frecuencia se relacionan con los trastornos de la conducta alimentaria, así como el efecto de la relación entre los trastornos de la personalidad y de la conducta alimentaria en el pronóstico y tratamiento de los mismos. Sin embargo, son diversas las dificultades que existen para establecer la relación entre los TCA y los TP ya que esa vinculación puede establecerse: como un factor predisponente, una influencia en el pronóstico y la evaluación, una complicación influida por el daño físico o una entidad completamente independiente. A su vez, existe una gran variación entre los resultados de distintas investigaciones. Estas disparidades entre estudios pueden estar causadas por las diferencias tanto en la selección de las muestras como en los métodos de evaluación utilizados en las investigaciones.

Capítulo 5

Tipologías en los trastornos de la conducta alimentaria

5.1. Introducción

En el último capítulo de la parte teórica, se va a realizar una presentación de las principales tipologías o agrupaciones sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), tanto en función de la personalidad como teniendo en cuenta otras variables clínicamente significativas. Posteriormente, se realizará una presentación de algunos estudios que han tratado de analizar qué variables tienen más peso en los trastornos de la conducta alimentaria.

5.2. Tipologías en trastornos de la conducta alimentaria en función de las características de personalidad

Dada la heterogeneidad de los pacientes con trastornos de conducta alimentaria en cuanto a sus variables de personalidad, en los últimos años ha surgido una nueva línea de investigación que ha intentado agrupar las diferencias entre los individuos en conglomerados/prototipos de personalidad. Este tipo de estudios destacan cómo la personalidad puede ser útil en relación a la detección de personas con TCA o con elevado riesgo de padecerlo, lo que a su vez resulta muy útil para la selección del establecimiento de programas de prevención, asimismo, se relaciona con la respuesta al tratamiento y existen autores que vinculan la necesidad de una adaptación de la intervención en función de las características de la misma (Sánchez Guarnido, 2013).

Aunque, tal y como se va poner en evidencia, existe un gran número de estudios que encuentran resultados diversos, se ha de destacar la existencia de una gran cantidad de literatura científica que apoya la presencia de tres subtipos de personalidad (resiliente o de alto funcionamiento, subcontrolado y sobrecontrolado) replicables con diferentes instrumentos, en muestras con diferentes características (sexo, edad, etc.) y tanto en grupos de pacientes con TCA como en personas sanas (Claes et al., 2002; Espelage, Mazzeo, Sherman y Thompson, 2002; Goldner et al., 1999; Holliday et al., 2006; Hopwood, Ansell, Fehon y Grilo, 2010; Robins et al., 1996; Strober, 1983; Westen y Harnden-Fischer, 2001; Wonderlich et al., 2005). El primer grupo de pacientes (grupo de alto funcionamiento) parece funcionar relativamente bien, pese a que presenta mayores niveles de ansiedad y baja autoestima en comparación con la población general, representan el grupo "suave/leve" en términos de patología de la personalidad

y puede representar una mezcla de personas con presentaciones de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN). En contraste, los dos grupos restantes se caracterizan por la psicopatología más severa; uno por rasgos evitativos, compulsivos y rígidos (grupo sobrecontrolado), el otro por la desregulación emocional, impulsividad y disforia crónica (grupo subcontrolado). Algunos estudios van un paso más allá relacionando los diferentes subtipos con la presencia de psicopatología, asociándose el grupo de alto funcionamiento con la ausencia de psicopatología, el grupo de sobrecontrol con trastornos internalizantes y el grupo de subcontrol con trastornos externalizantes (Robins et al., 1996). Del mismo modo, un estudio prospectivo encontró que las características del subtipo subcontrolado aumentaban el riesgo de padecer un TCA, sin especificar el tipo (Ghaderi y Scott, 2000). Asimismo, otros estudios con pacientes recuperados han estudiado cómo rasgos evitativos y obsesivos (que podrían relacionarse con el subtipo sobrecontrolado) predicen igualmente la posterior aparición de un TCA (Gillberg et al., 1995).

En relación con la anorexia nerviosa, Strober (1983) aplicó el análisis de conglomerados para los perfiles del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) a pacientes con AN, hallando tres subtipos: un grupo de alto funcionamiento con un alto nivel de necesidad de control pero sin patología grave de personalidad; un grupo ansioso, dubitativo y socialmente evitativo; y un grupo impulsivo, histórico con un mal pronóstico. Asimismo, con este estudio examinó las asociaciones entre la pertenencia a un grupo de personalidad y la estabilidad familiar, concluyendo, a través de los resultados obtenidos, que el grado de las relaciones familiares problemáticas estaban estrechamente relacionadas con el grado de patología de la personalidad a través de los grupos.

Goldner y colaboradores (1999) realizaron un estudio, a través del método de análisis de conglomerados, a una muestra de 136 pacientes de TCA y, posteriormente, compararon los subgrupos resultantes con un grupo control. Encontraron tres grupos según rasgos de personalidad: un grupo (32,4 % de la muestra) con muy poca patología de la personalidad que se asemejaba al grupo control, un grupo rígido (49,3 %) con las puntuaciones más altas en síntomas obsesivo-compulsivos y dificultades interpersonales, y un grupo esencialmente límite (18,2 %) con las puntuaciones más altas en las medidas de neuroticismo, psicopatía y trastornos del comportamiento. La

pertenencia al conglomerado se asoció con diagnóstico DSM-IV, apreciándose así, que una gran proporción de pacientes con AN eran miembros de la agrupación rígida.

Westen y Harnden-Fischer (2001) evaluaron la utilidad de la segregación de los trastornos de la conducta alimentaria y la patología de la personalidad, y señalaron diferencias en las presentaciones clínicas de los pacientes con TCA en función de las características de personalidad que presentaban.. De nuevo, encontraron evidencia de una clasificación tripartita:

- Grupo de alto funcionamiento/perfeccionismo: los pacientes incluidos en este grupo tienen muchos rasgos de funcionamiento saludables pero tienden a ser perfeccionistas, autocríticos y a no aceptar los comentarios negativos de las personas, incluso las importantes en su vida. Se trataría de personas que poseen recursos para tolerar todo tipo de sentimientos, afrontar la realidad y que no presentarían trastornos de la identidad. Tendrían buen nivel de funcionamiento social y laboral, con poca comorbilidad con otros trastornos de la personalidad (TP), así como acontecimientos vitales estresantes previos y/o abusos sexuales. Según los autores, serían los pacientes con una afectación más leve, cuyos síntomas son un intento de regular la ansiedad, culpa, presiones competitivas y la baja autoestima (Dazzi y Di Leone, 2014).

- Grupo sobrecontrolado o constreñido: son pacientes que se caracterizan por una inhibición general, por la pasividad, por una tendencia a evitar activamente las situaciones que provocan emociones intensas, y por una afectividad, pensamiento y relaciones interpersonales muy limitadas. Estos pacientes, con frecuencia, señalarán sentimientos de vacío, culpa, disforia o ansiedad. Por su parte, el grado de comorbilidad con otros TP será alto, especialmente con el TP obsesivo-compulsivo, esquizoide, esquizotípico, evitativo y dependiente. Las relaciones con sus madres pueden ser también negativas y en mayor medida narrarán historias de abuso sexual o acontecimientos vitales estresantes. De modo que algunos autores relacionan este estilo como más frecuente entre pacientes con sintomatología de anorexia nerviosa (Claes et al., 2006; Goldner et al., 1999; Westen y Hardenen-Fischer, 2001), y otros señalan que los síntomas de estos pacientes se relacionan con un intento de adaptarse a una situación traumática (Dazzi y Di Leone, 2014).

- Grupo desregulado o infracontrolado: donde se encuentran pacientes con frecuentes alteraciones en la regulación del afecto, la impulsividad y la búsqueda de relaciones interpersonales como modo de aliviar el sufrimiento. Estos pacientes suelen presentar estados de disforia con rasgos externalizantes y evitar pasivamente las situaciones que generan emociones fuertes. Por lo general, presentan un alto número de hospitalizaciones, intentos autolíticos, alta comorbilidad con trastornos tanto del eje I (trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés postraumático y abuso de sustancias) y del eje II (TP paranoide, límite, antisocial, histriónico y dependiente), así como acontecimientos vitales estresantes y abusos. Este tipo se ha relacionado más con pacientes con síntomas bulímicos (Claes et al., 2006; Goldner et al., 1999; Westen y Hardnen-Fischer, 2001), así como con mayor gravedad y peor pronóstico (Goldner et al., 1990; Westen y Hardnen-Fischer, 2001; Espelage et al., 2002; Thompson-Brenner y Westen, 2005; Claes et al., 2006; Wildes et al., 2011).

Los individuos con anorexia nerviosa restrictiva (ANR) pueden pertenecer a los dos primeros grupos, mientras que aquellos con anorexia nerviosa purgativa (ANP) y BN pueden integrarse en cualquiera de los tres grupos. Esta categorización demostró un incremento en la validez sustancial, en cuanto a la predicción de los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria, el funcionamiento adaptativo y las variables etiológicas.

Espelage y colaboradores (2002) realizaron un estudio en el que se seleccionó una muestra de 183 mujeres con TCA en tratamiento ambulatorio. A través del análisis de conglomerados de las escalas de personalidad del Inventario Clínico Multiaxial de MILLON-II (MCMI-II), hallaron tres perfiles de personalidad diferentes que fueron consistentes con los estudios previos: un grupo de alto funcionamiento (19,9 % de la muestra), sin elevaciones clínicas en el MCMI-II que mostró puntuaciones significativamente más bajas en las escalas de TCA; un grupo subcontrolado/desregulación emocional (49,1 %) que mostraba elevaciones en cinco de las escalas de personalidad: pasivo-agresivo, autodestructivo, histriónico, límite y por evitación; y un grupo sobrecontrolado/ evitativo (34 %) con elevaciones en las escalas de personalidad dependiente, por evitación y esquizoide. Este tercer grupo se diferenciaba de los demás en que sus miembros parecían estar más aislados socialmente. Los miembros de cada conglomerado no se asociaron específicamente con ningún

subtipo de TCA, lo que sugiere una variación considerable en la patología de la personalidad dentro de las categorías de diagnóstico de TCA. Una anotación importante, en relación con el MCM-III, es que se ha indicado que dicho instrumento puede sobredimensionar la prevalencia de los trastornos, conduciendo a una gran cantidad de diagnósticos falsos positivos. Por lo tanto, las tasas de prevalencia de los trastornos de personalidad pueden estar sobreestimadas y deben tomarse con cautela (Kennedy et al., 1990).

Thompson-Brenner y Westen (2005) investigaron si los tres subtipos de personalidad encontrados en los TCA permiten distinguir entre diferentes patrones de funcionamiento adaptativo y respuesta a los tratamientos. Con este objetivo, agruparon una muestra aleatoria de clínicos experimentados para recoger datos sobre 145 pacientes con síntomas de bulimia nerviosa, incluyendo datos sobre los síntomas de dicho trastorno, su comorbilidad del DSM-IV, patología de la personalidad, y la respuesta al tratamiento y las intervenciones de este. Los resultados mostraron que los tres grupos difieren sistemáticamente en la función adaptativa, encontrándose puntuaciones más altas en los pacientes de alto funcionamiento, seguidos por el grupo restringido y el grupo desregulado. Además, el grupo subcontrolado mostraba tasas más altas de hospitalizaciones psiquiátricas, seguido de los pacientes con perfil sobrecontrolado y, por último, los de alto funcionamiento. El subtipo de personalidad también predijo diferencias en la duración y resultado del tratamiento, así, tanto el subtipo subcontrolado como el sobrecontrolado se asociaron positivamente con la duración del tratamiento y negativamente con el resultado, y el grupo de alto funcionamiento informó el nivel más bajo de deterioro funcional y co-morbilidad. Así pues, los tres subtipos provocaron diferentes intervenciones terapéuticas y representaron un incremento de la variación sustancial en el resultado, manteniendo constante la gravedad de los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria y la presencia de otros trastornos del eje I. Se concluye que, a través del estudio, los datos proporcionan pruebas acumulativas de la validez de tres subtipos de personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Asimismo, han aparecido agrupaciones dentro de la BN que incorporan el estudio de otras variables de personalidad y encuentran agrupaciones parecidas a las de los estudios realizados sobre TCA en general y que, básicamente, consisten en incluir un tercer subgrupo. Wonderlich y colaboradores utilizaron, en 2005, el análisis de perfil

latente para identificar grupos de pacientes con BN sobre la base de la comorbilidad psiquiátrica y la personalidad. Se identificaron tres grupos de mujeres con bulimia nerviosa: un grupo afectivo-perfeccionista (29,2 % de la muestra), un grupo impulsivo (20,2 %), y un grupo de baja psicopatología comórbida (50,6 %). Compararon estos tres grupos (afectiva-perfeccionista, impulsiva, bajo en comorbilidad) y encontraron que el primer grupo informó de niveles significativamente mayores de depresión y ansiedad rasgo en comparación con los otros dos grupos. Además, señalan que los pacientes del grupo de 'impulsivos' se caracterizaban por las puntuaciones más altas en las medidas de impulsividad y comportamiento autodestructivo, mientras que el grupo de "baja comorbilidad" mostró puntuaciones consistentemente más bajas en todos los aspectos de la psicopatología.

Continuando con los estudios sobre la BN, la distinción más encontrada en la literatura a través del análisis de conglomerados hace referencia a dos subgrupos, uno de ellos "dietético-depresivo", caracterizado por un mayor afecto negativo; y un "subtipo dieta", caracterizado por la restricción dietética (Chen y Le Grange, 2007; Grilo, 2004; Grilo, Masheb y Berman, 2001; Grilo, Masheb y Wilson, 2001; Stice, 2001; Stice y Agras, 1999; Stice, Nemeroff y Shaw, 1996).

Claes y colaboradores (2006) también observaron las relaciones entre estos tres subtipos y los trastornos de la personalidad, tomando una muestra clínica de 335 mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. El análisis de los clusters del NEO-PI-R (Revised Neo Personality Inventory) (Costa y McCrae, 1992) produjo tres perfiles de personalidad distintos: el grupo de alto funcionamiento con tasas más bajas de trastornos de la personalidad; el grupo sobrecontrolado, en el que se daban, sobre todo, TP evitativos, obsesivo-compulsivos y esquizoides; y, el tercer y último grupo, el subcontrolado, en el que destacaba, sobre todo, el trastorno límite de la personalidad. Al igual que en población general, el modelo del NEO-PI-R también ha sido utilizado en TCA obteniéndose unas agrupaciones semejantes a las anteriores. El primer conglomerado (alto funcionamiento) no muestra elevaciones significativas en las distintas escalas, el segundo conglomerado (subcontrolado/desregulación emocional) se caracteriza por puntuaciones altas en neuroticismo y bajas en amabilidad y responsabilidad, mientras que el tercer conglomerado (sobrecontrolado) se caracteriza por mostrar un resultado alto en neuroticismo y responsabilidad y una puntuación baja

en apertura a la experiencia. Así pues, al comparar los tres prototipos de personalidad con respecto a los trastornos del eje I y del eje II, los pertenecientes al grupo de alto funcionamiento informaron, sistemáticamente, menos problemas clínicos y de personalidad que los subcontrolados y sobrecontrolados. En comparación con estos últimos, los subcontrolados mostraron características y comportamientos de personalidad más impulsivos. Por último, la pertenencia al grupo no estaba claramente asociada con los subtipos del trastorno alimentario, lo que sugiere que existe una variación considerable en las características de personalidad y/o patología en las diversas categorías de los trastornos de la conducta alimentaria.

En otro estudio realizado por Thompson-Brenner y colaboradores (2008), se llevó a cabo el reclutamiento, para el estudio entre 1987 y 1991, de un total 246 mujeres que buscaban tratamiento (84 % de los reclutados). De los 246 participantes del estudio completo, 213 completaron la entrevista de personalidad y se incluyeron en este estudio. De los 213 sujetos, 101 (47,4 %) fueron diagnosticados con BN; 35 (16,4 %) fueron diagnosticados con AN, tipo restrictivo; y 77 (36,2 %) fueron diagnosticados con AN, tipo purgativo. La edad media de la muestra al inicio del estudio fue de 25,7. Se encontraron asociaciones significativas entre los conglomerados de personalidad (alto funcionamiento, evitadores-deprimidos y desregulados) y la relación materno-infantil. De tal manera que se concluyó que una relación madre-hijo "positiva" durante la infancia del paciente se asocia con el conglomerado de alto funcionamiento, una relación materna "negativa" se asocia con el conglomerado de evitadores-deprimidos y las indicaciones de los bajos niveles funcionamiento general en la familia (es decir, bajo el calor y la estabilidad) fue asociado, de modo significativo, con el conglomerado desregulado.

El mismo equipo de trabajo (Thompson-Brenner et al., 2008) llevó a cabo un estudio longitudinal en el que se encontró una agrupación de cinco conglomerados, teniendo en cuenta patología de personalidad según la entrevista clínica en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa. Lo señalado anteriormente, estos grupos son denominados: alto funcionamiento, emocionalmente desregulados, comportamentalmente desregulados, inseguro-evitativo y sensible-obsesivo. Dichos grupos se relacionaron con los resultados a nivel longitudinal, apoyando sus resultados de la importancia de los subtipos de personalidad en la clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria.

El modelo de los tres prototipos de personalidad ha sido validado en otros estudios llevados a cabo con poblaciones distintas. En dos estudios realizados con adolescentes (Hopwood et al., 2010; Thompson-Brenner et al., 2008) se identificaron los mismos tres grupos de TCA (alto funcionamiento, internalización/sobrecontrolado y externalización/subcontrolado). El grupo de internalización/sobrecontrolado se caracterizaba por la disfunción del estado de ánimo, el grupo de externalización por la impulsividad, incluyendo consumo elevado de sustancias y agresividad, y el grupo de alto funcionamiento por una menor psicopatología, autoestima más alta y mejor respuesta al tratamiento.

Por su parte, Waller, Ormondet y Kuteyi (2012) realizan un estudio con el objetivo de examinar si la patología del trastorno de la personalidad comórbida en los trastornos de la conducta alimentaria se agrupa en patrones más amplios y si estos grupos tienen validez clínica en términos de niveles de patología alimentaria y comorbilidad del eje I. La muestra consistió en 214 mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados de su estudio muestran que se generaron tres agrupaciones: grupo con patología de personalidad baja, grupo con patología de personalidad centrada en ansiedad y grupo de patología de personalidad general. Estos grupos fueron validados por las diferencias en los niveles de distorsiones cognitivas sobre alimentación y los trastornos de eje I. De este modo, hallaron que en los dos últimos grupos la ansiedad es una clave característica que sustenta muchos aspectos de los trastornos de la alimentación, idea ya planteada con anterioridad (Strober, Freeman, Lampert y Diamond, 2007; Waller, 2008). Tal conclusión subraya la necesidad de utilizar métodos específicos de tratamiento de los TCA en base a la reducción de la ansiedad y sus cogniciones asociadas y características fisiológicas, incluyendo la reestructuración cognitiva, exposición y experimentos de comportamiento (Fairburn, 2008; Waller et al., 2007). Lo que plantean es que estos métodos serían los idóneos para abordar los problemas fundamentales para pacientes con TCA y a su vez con baja patología de la personalidad y aquellos pertenecientes al grupo de patología de la personalidad centrada en la ansiedad. Mientras que la adición de enfoques terapéuticos más complejos como, por ejemplo, la terapia dialéctica conductual, estaría más indicado para pacientes pertenecientes al grupo de patología de personalidad general (Fairburn, 2008).

En un reciente estudio, Patrick Scott Perkins, Jennifer D. Slane y Kelly L. Klump (2013) demostraron que los grupos de personalidad en mujeres con trastornos de la

conducta alimentaria predicen variables clínicas importantes de manera más eficaz que los diagnósticos de dichos trastornos. Sin embargo, se desconoce si estos hallazgos se generalizan a muestras con patologías subclínicas. Además, poco se sabe acerca de las asociaciones entre los grupos de personalidad y las relaciones familiares. En base a los síntomas referidos, la muestra de mujeres se dividió en un grupo de restricción, purga, o de control. Los participantes completaron medidas de personalidad, funcionamiento social y relaciones familiares. Este análisis sugirió tres grupos de personalidad (es decir, adaptado, rígido y desregulado) presentes en mujeres universitarias con patología alimentaria y asociados con importantes dificultades de adaptación social y alteraciones específicas de la familia.

Todos estos datos, junto con los señalados previamente (Claes et al., 2006; Espelage et al., 2002; Goldner et al., 1999; Thompson-Brenner y Westen, 2005; Thompson-Brenner et al., 2008; Westen y Harnden-Fischer, 2001; Wildes et al., 2011; Wonderlich et al., 2005), sugieren que los tres grupos de personalidad son fuertes indicadores de la fenomenología y la gravedad de trastornos de la alimentación. Otro dato importante que se ha constatado es que los pacientes con TCA que buscan tratamiento tienen mayores niveles de patología alimentaria, deterioro social y trastornos de la personalidad que las muestras de la comunidad (Fairburn, Welch, Norman, O'Connor y Doll, 1996).

Por último, es importante señalar que, tal y como se ha mostrado ya en algunos de los estudios previos, no todos los autores coinciden en que la mejor agrupación es la de tres grupos, es decir, existen otras investigaciones que han hallado agrupaciones distintas, como es el caso de la realizada por Bulik, Sullivan y Kendler (2000), quienes identificaron una solución de seis clases. Tres clases reflejaban ampliamente los diagnósticos del DSM-IV de AN, BN y trastorno por atracones, mientras que las otras 3 clases incluyan sujetos con bajo peso, sin las características psicológicas de la AN; individuos que informan de preocupación por el peso y la forma, pero tienen bajo peso; y las personas de bajo peso que informan de algunos atracones pero sin otros síntomas de la AN o BN. En su revisión de los estudios, Wonderlich y colaboradores (2007) sugieren que puede haber hasta seis subgrupos de trastornos alimentarios discretos: bulimia nerviosa, trastorno por atracón, anorexia nerviosa restrictiva, tipo atracón-purga, trastorno por purga y trastorno alimentario por atracón subjetivo.

Por su parte, Krug y colaboradores (2011) realizaron un análisis de perfil latente (LPA) en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria utilizando indicadores de temperamento y carácter. Se evaluaron 1312 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, incluidos aquellos con anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). La solución final de LPA fue validada utilizando datos demográficos, variables clínicas, sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) y comportamientos impulsivos. El modelo más adecuado consistió en una solución de seis perfiles que fueron etiquetados como: "auto-enfocado", "inhibido", "promedio", "impulsivo", "adaptable" e "inadaptado". Los análisis de validación indicaron que los perfiles "inhibido" e "inadaptado" presentaron generalmente los valores más altos para la sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria y los comportamientos impulsivos, y que los resultados más favorables, por otra parte, serían los del perfil "adaptativo". Finalmente, cuando se comparó dicha solución de seis perfiles con los diagnósticos de DSM-IV, se observaron diferencias significativas entre los perfiles y los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria. Estos estudios demuestran que los pacientes con dichos trastornos pueden ser agrupados de acuerdo a su temperamento y carácter.

De modo que, a pesar de que hay estudios que indican que hay más de 3 subtipos, la gran mayoría de investigaciones sobre este tema indica que el modelo que mejor se ajusta sería el de los tres grupos. Así pues, estos tres subtipos, replicados en distintas muestras por distintos autores (Asendorpf et al., 2001; Claes et al., 2012; Claes et al., 2002; Espelage et al., 2002; Goldner et al., 1999; Holliday et al., 2006; Hopwood et al., 2010; Robins et al., 1996; Strober, 1983; Westen y Harnden-Fischer, 2001; Wonderlich et al., 2005), son los que tienen mayor fiabilidad.

A modo de resumen de los principales datos aportados en el presente apartado, se presenta la Tabla 5.1 Resumen de estudios sobre tipologías en trastornos de la conducta alimentaria en función de las características de personalidad.

Tabla 5.1. Resumen de estudios sobre tipologías en trastornos de la conducta alimentaria en función de las características de personalidad.

Estudio (año)	Nº	Nº de agrupaciones	Tipología
Strober (1983)		3	Resiliente o de alto funcionamiento Subcontrolado Sobrecontrolado
Goldner et al. (1999)	136 pacientes de TCA	3	Resiliente o de alto funcionamiento Subcontrolado Sobrecontrolado
Westen and Harnden-Fischer (2001)		3	Resiliente o de alto funcionamiento, Subcontrolado Sobrecontrolado
Espelage et al. (2002)	183 mujeres con TCA (tratamiento ambulatorio)	3	Resiliente o de alto funcionamiento, Subcontrolado Sobrecontrolado
Thompson-Brenner y Westen (2005)	145 pacientes con síntomas de bulimia	3	Subcontrolado, Sobrecontrolado y Alto funcionamiento
Claes et al. (2006)	335 mujeres con TCA	3	Alto funcionamiento, Sobrecontrolado y Subcontrolado
Wonderlich et al. (2007)		6	Bulimia nerviosa, trastorno por atracón, AN restrictiva, tipo atracón-purga, trastorno por purga y trastorno alimentario por atracón subjetivo
Thompson-Brenner et al. (2008)	213 sujetos	5	Alto funcionamiento, emocionalmente desregulados, comportamentalmente desregulados, inseguro-evitativo y sensible-obsesivo
Krug et al.(2011)	1312 pacientes con TCA	6	Auto-centrado Inhibido Medio Impulsivo Adaptado Mal adaptado
Waller, Ormonde y Kuteyi (2012)	214 mujeres con TCA	3	Patología de personalidad baja Patología de personalidad centrada en ansiedad Patología de personalidad general
Perkins, Slane y Klump (2013)		3	Adaptado, rígido y desregulado

5.3. Tipologías en trastornos de la conducta alimentaria en función de otras variables clínicamente relevantes

También se han llevado a cabo clasificaciones según otro tipo de variables clínicamente relevantes. Por ejemplo, Engelesen (2000) encuentra tres dimensiones en los con TCA representadas por la preocupación por el peso, la tendencia a la dieta y la pérdida de control sobre el proceso alimentario, siendo esta última específica de los sujetos con BN. Años antes, Gleaves y colaboradores (1993) habían aislado cuatro dimensiones: la insatisfacción corporal, la tendencia a la restricción dietética, las conductas bulímicas y los trastornos de personalidad y afectivos. Dichos autores indicaban que este cuarto factor sería el responsable del paso de una forma de enfermedad a otra, idea apoyada también por Lewinsohn y colaboradores (2000). Sin embargo, Gleaves y Eberens (1995) no validaron los resultados señalados y propusieron un modelo basado en cinco dimensiones: comportamientos restrictivos, comportamientos bulímicos, insatisfacción corporal, trastorno del humor y la personalidad y conductas autolesivas.

Otros autores, como Vaz Leal y colaboradores, 2001 han propuesto un modelo también de cinco dimensiones en las que incluían conductas restrictivas, conductas bulímicas, insatisfacción corporal, rasgos de personalidad social y una agrupación de ítems clínicos con síntomas depresivos, rasgos de personalidad autodestructiva y límite. Por su parte, Williamson y colaboradores 2005, agrupan a los pacientes según un modelo tridimensional continuo por la presencia de atracones, miedo a ganar peso y la presencia de conductas compensatoria, y la motivación por adelgazar. Este modelo está basado en los datos obtenidos en otros estudios sobre clasificaciones empíricas pero se encuentran con el problema de que a día de hoy proporciona poca información sobre la etiopatogenia, el pronóstico y la terapia apropiada para los TCA (Dazzi y Di Leone, 2014).

Otros estudios analizan la agrupación de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria a partir de variables clave para el diagnóstico. Sloan, Mizes y Epstein (2005) identificaron, en una muestra de 159 pacientes, cuatro sub-grupos: los que presentan bajo peso corporal y pocos episodios de atracones y purgas; los que manifiestan un elevado peso, alta insatisfacción corporal y un alto número atracones; los que muestran moderada insatisfacción corporal y altos niveles de atracones y purgas; y

los que presentan elevado peso e insatisfacción corporal junto con relativamente bajos niveles de atracones y purgas. Resultados similares han sido encontrados por Clinton, Button, Norring y Palmer (2004) y por Turner y Bryant-Waugh (2004).

En el 2005, Clinton y Norring realizaron un estudio en el que comparaban la utilidad de los conglomerados de los trastornos de alimentación y las categorías diagnósticas del DSM-IV. En este estudio encontraron que los conglomerados demostraban mayor utilidad en términos de más distinción entre grupos y tamaños del efecto más elevados en relación a una amplia gama de variables. La mayor utilidad de los conglomerados era, en aspectos importantes, debido a la reasignación de los pacientes TCANE en categorías alternativas más relevantes y a un mayor énfasis en las características psicológicas y conductuales de trastornos de la alimentación. Concluyeron que, con el fin de lograr una mejor clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria, sería importante colocar el énfasis en las características psicológicas comunes.

Wagner y colaboradores (2006) compararon individuos recuperados de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa para determinar las características que son compartidas o diferenciadas en estos trastornos. Para ello, se tomó la muestra de sesenta mujeres recuperadas (hacía mínimo un año desde que superaron el trastorno) para compararlas con cuarenta y siete mujeres que configuraban el grupo control. Para realizar dicha evaluación, se incluyeron la Escala de Trastornos alimentarios de Yale-Brown-Cornell, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberg, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala Compulsiva de Yale-Brown, el Inventario de Temperamento y Carácter, y la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV. De este modo, identificaron dos subtipos de TCA: un primer grupo en el que los pacientes parecían más inhibidos, con altas puntuaciones en evitación del daño y en estado de ansiedad según STAI; y un segundo grupo, en el que los sujetos se describieron como desinhibidos y caracterizados por una gran impulsividad pero con cierto grado de ansiedad y obsesividad. Así pues, se concluye que una amplia gama de síntomas persisten después de la recuperación y no difieren entre los subtipos de trastornos de la conducta alimentaria.

Otros planteamientos de clasificación se han basado en la conceptualización de los TCA como subcategoría de los trastornos de ansiedad (Waller, 2008) o como trastornos adictivos (Avena y Bocarsly, 2011). Desde la perspectiva que incluye los

TCA como un subtipo de trastorno de ansiedad, se enfatiza en que estas entidades clínicas se caracterizan por la presencia de ansiedad y de conductas de evitación focalizadas en la comida, alimentación, figura y peso. Los modelos que relacionan los TCA con los trastornos adictivos señalan que sería un tipo de adicción comportamental.

Peñas-Lledó y colaboradores (2009) propusieron la existencia de 4 subtipos de pacientes de TCA de acuerdo con la intensidad de la dieta y de las manifestaciones afectivas presentes, pero encontraron que la concordancia con el DSM-IV era muy baja. Posteriormente desarrollaron una propuesta alternativa (Peñas-Lledó et al., 2010), basada en la existencia de ansiedad social y de la puntuación en el factor de búsqueda de novedades, encontrando una solución basada en cinco factores, pero también con una concordancia muy baja con los criterios diagnósticos actuales.

Otros autores (Tuner, Bryant-Waugh y Peveler, 2010) han realizado estudios con el objetivo de evaluar la validez externa de cuatro grupos estadísticamente diferentes identificados en una muestra de pacientes con trastornos alimentarios (trastorno de la alimentación suave, trastorno generalizado de la alimentación tipo inseguro, trastorno de la alimentación limitadores de evitación pasiva, trastorno de alimentación tipo bulímico), derivados de las características del trastorno de la alimentación, el apego y los estilos de afrontamiento, y realizando también una comparación con grupos de diagnósticos del DSM-IV. De este modo, encontraron que el grupo de "trastorno de la alimentación suave" refiere niveles significativamente más bajos de deterioro funcional en comparación con el grupo "trastorno generalizado de la alimentación tipo inseguro", y niveles significativamente más altos de funcionamiento social, vitalidad y salud mental en general, en comparación con los grupos "trastorno de la alimentación limitadores de evitación pasiva" y del grupo de "trastorno generalizado de la alimentación tipo inseguros". Estos últimos grupos presentan niveles significativamente más altos de depresión en comparación con los grupos "trastorno de alimentación tipo bulímico" y "trastorno de la alimentación suave". Sin embargo, en comparación con los diagnósticos del DSM-IV, los grupos fueron claramente diferenciados en una amplia gama de características, incluyendo el estado de ánimo y el estado de salud como así como las características de los trastornos de la alimentación, el apego y las estrategias de afrontamiento.

Por otra parte, Fairburn y colaboradores (2012) han propuesto un enfoque que considera las conductas purgativas como un espectro de continuidad medido por las

dimensiones de control e impulsividad, situando a los pacientes en los que no hay sintomatología purgativa, como en la ANR, en un extremo del continuo, mientras que los pacientes con BNP y TA estarían en el otro extremo. Este modelo incorpora datos neurobiológicos, aunque la diferenciación de categoría, basada en la presencia/ausencia de conductas purgativas, también conlleva limitaciones importantes, ya que tanto la impulsividad, la compulsividad o las conductas restrictivas pueden darse en cualquier diagnóstico. A esta crítica los autores alegan que la clasificación podría no ser mutuamente excluyente y que los sujetos podrían alternar de grupos en los diferentes momentos del trastorno.

A continuación, se muestra un resumen sobre las tipologías de los TCA en función de otras variables clínicamente relevantes en la Tabla 5.2.

Tabla 5.2. Resumen sobre las tipología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en función de otras variables clínicamente relevantes.

Estudio (año)	Número de agrupaciones	Tipología
Gleaves et al. (1993)	4	Insatisfacción corporal, tendencia a la restricción dietética, conductas bulímicas y trastornos de personalidad y afectivos
Gleaves y Eberens (1995)	5	Comportamientos restrictivos, comportamientos bulímicos, insatisfacción corporal, trastorno del humor, y la personalidad y conductas autolesivas.
Engelsen (2000)	3	Preocupación por el peso, tendencia a la dieta y pérdida de control sobre el proceso alimentario
Vaz Leal et al., (2001)	5	Conductas restrictivas, conductas bulímicas, insatisfacción corporal, rasgos de personalidad social, y una agrupación de ítems clínicos con síntomas depresivos, rasgos de personalidad autodestructiva y límite
Williamson et al. (2005)	3	Presencia de atracones, miedo a ganar peso y la presencia de conductas compensatoria, y la motivación por adelgazar

Tabla 5.2. (Continuación). Resumen sobre las tipología de los TCA en función de otras variables clínicamente relevantes

Estudio (año)	Nº	Número de agrupaciones	Tipología
Sloan, Mizes y Epstein (2005)	159 pacientes	4	Bajo peso corporal y pocos episodios de atracones y purgas; elevado peso, alta insatisfacción corporal y un alto número atracones; moderada insatisfacción corporal y altos niveles de atracones y purgas; elevado peso e insatisfacción corporal y bajos niveles de atracones y purgas
Wagner Barbarich-Marsteller et al. (2006)	60 mujeres recuperadas	2	Pacientes más inhibidos, con altas puntuaciones en evitación del daño y en estado de ansiedad según STAI; y sujetos desinhibidos y caracterizados por una gran impulsividad pero con cierto grado de ansiedad y obsesividad.
Peñas-Lledó et al. (2009)		4	
Peñas-Lledó et al. (2010)		5	

5.4. Capacidad explicativa de las distintas variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria

Existen pocos estudios sobre la capacidad explicativa de las distintas variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria y no se ha encontrado ninguno que analice el peso que tiene cada variable a la hora de explicar la inclusión de los pacientes en los conglomerados de reflexión. Sin embargo, se ha de señalar el reciente estudio realizado por Martínez-González y colaboradores (2014) con población no clínica en el que concluyen que aquellas mujeres con riesgo de TCA presentaban con mayor frecuencia depresión (ORa=2,02), dolores menstruales (ORa=1,81) y mala salud

percibida ($OR=1,70$), y entre los hombres, aquellos con riesgo de TCA presentaban con mayor frecuencia una mala salud percibida ($OR=2,42$). Además, la prevalencia del estado de “percepción de la salud regular, mala y muy mala” es mayor en aquellos estudiantes que presentaban riesgo de TCA respecto a los que no, tanto en hombres (28,3 % V 12,0 %; $OR=2,42$; $p=0,024$) como en mujeres (37,1 % V 20,0 %; $OR=1,70$; $p=0,005$).

Por su parte, Maganto y Cruz (2002) realizan un estudio con muestra no clínica compuesta por 200 adolescentes de 14 a 18 años, 104 chicos y 96 chicas, en la que concluyen que la percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a la insatisfacción, está en la base de estos trastornos y que los factores predictivos para el desarrollo de dicha sintomatología serían: insatisfacción con el Aspecto Físico Global, Distorsión del tamaño del cuerpo, edad (próxima a los 15 años) y ansiedad rasgo.

Bustos, Romero y Campo (2011) realizan un estudio con el fin de conocer la asociación entre percepción de estrés y riesgo de TCA en mujeres universitarias de Bogotá (Colombia), en el que participaron 175 mujeres, con una media de edad de 19,5 años ($DE=1,9$). Un grupo de 26 mujeres (14,9 %) presentó alta percepción de estrés y 27 (15,4 %) riesgo de TCA. de este modo, se observó una asociación significativa entre alta percepción de estrés y riesgo de TCA ($OR=2,9$; IC95 % 1,1-7,6) después de controlar por edad. De modo que concluyen que existe una asociación significativa entre alta percepción de estrés y posible TCA en mujeres estudiantes de una universidad pública de Bogotá (Colombia). Pero se necesitan más investigaciones en otras poblaciones.

Fandiño y colaboradores (2007) llevan a cabo un estudio con 174 estudiantes de medicina de la Universidad del Valle (Cali, Colombia), a quienes se aplicó un cuestionario con la encuesta de Evaluación del Comportamiento Alimentario (ECA). Así pues, encontraron 39,7 % de estudiantes con puntuaciones positivas en la prueba (puntuación >24), cifra que indica una alta probabilidad de desarrollar algún TCA; con una relación mujer : hombre de 2:1 y una prevalencia estimada de 44,1 % en mujeres y 9,6% en hombres. Los factores asociados con un resultado positivo en la ECA fueron el género femenino ($OR = 2,74$; IC 95% 1,29 - 5,85), el querer disminuir más de 10 % del peso corporal ($OR = 24,65$; IC 95 % 1,92 - 316,91) y la interacción entre este factor y el porcentaje deseado de disminución de peso ($OR = 0.81$; IC 95 % 0.66 - 0,98).

5.5. Implicaciones de las tipologías de los trastornos de la conducta alimentaria

Los autores coinciden en proponer que un mayor conocimiento de la personalidad y de las variables clínicas implicadas en los trastornos de la conducta alimentaria repercutiría en un tratamiento más efectivo y adaptado a las peculiaridades de cada paciente (Abbate-Daga et al., 2013).

En un reciente trabajo de Wildes y colaboradores (2011) se proporcionó la primera evidencia de un abordaje alternativo a la subtipificación de los TCA, basado en la comorbilidad psicopatológica de la personalidad, que podría tener utilidad en predecir la evolución tras el alta después de un tratamiento intensivo. Este mismo autor formuló la hipótesis de que podría haber tres subtipos de pacientes con AN y que mostrarían diferencias en las características clínicas. Esos tres subtipos serían descontrolados, hipercontroladores y con baja psicopatología. A su vez, indica que los individuos asignados al grupo descontrol tendrían resultados más pobres al alta de tratamientos intensivos y tasas más altas de readmisión en los tres meses posteriores que aquellos sujetos hipercontroladores o de baja psicopatología. Estos resultados sugieren que un esquema clasificatorio basado en la comorbilidad con psicopatología de la personalidad puede tener más utilidad clínica que las aproximaciones actuales que conceptualizan los trastornos de alimentación (Westen y Harnden-Fischer, 2001). Además, las tipologías pueden ser realmente útiles debido a la reasignación de pacientes que se incluyen dentro de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, así como por la preponderancia de factores psicológicos y conductuales a la hora tanto de la valoración como de la intervención con este tipo de pacientes. Autores como Linehan et al., 2006 han señalado que los pacientes con rasgos más impulsivos o subcontrolados podrían beneficiarse de intervenciones centradas en la regulación de las emociones y de control de los impulsos, como las propuestas en la terapia conductual dialéctica y en los tratamientos neuropsicológicos. Asimismo, se ha indicado que las intervenciones para pacientes sobrecontrolados podrían incluir módulos para trabajar la flexibilidad cognitiva y la rigidez (Najmi y Amir, 2010; Tchanturia, Davies y Campbell, 2007).

Así bien, es verdad que quizás el mayor problema de estas tipologías sería intentar vincular cada uno de los tipos de TCA con un estilo de personalidad determinado, dada la alta comorbilidad existente entre los TCA y los TP. Además,

puede que un determinado núcleo de rasgos de personalidad esté asociado a la génesis de un TCA específico, pero si estos rasgos se encuentran en los extremos opuestos del continuo, será difícil explicar cómo los pacientes presentan síntomas de uno y de otro trastorno, y además los pacientes que han tenido síntomas de distintos trastornos de la conducta alimentaria se asociarán con más probabilidad a un trastorno de la personalidad, tienden a mostrar una sintomatología mayor y un deterioro más intenso (Gartner et al., 1989; Herzog et al., 1992; Kennedy et al., 1990; Shea et al., 1992; Skodol et al., 1993; Stieger et al., 1994; Pryor et al., 1996). Y además, es justamente este tipo de pacientes los que se ha identificado como más resistentes al tratamiento.

Para finalizar, se ha de destacar que no solo es importante el estudio de las tipología o de los distintos tipos de clasificación dentro de los TCA, pues siguiendo las recomendaciones de la guía de tratamientos psicológicos eficaces para investigaciones futuras de TCA, se señala que profundizar en el mejor conocimiento de las variables o factores psicológicos y psicopatológicos asociado a cada tipo de TCA, permitirá: identificar las características de los pacientes que respondan mejor a una u otra intervención; identificar los factores implicados en la no adherencia y en las recaídas; y establecer criterios únicos y universales para valorar la recuperación y determinar la eficacia de las intervenciones (Saldaña, 2003).

5.6. Resumen

Existe una importante línea de investigación que ha analizado las diferentes agrupaciones posibles en relación con los rasgos de personalidad en sujetos con TCA. La mayoría de los estudios apoyan la existencia de tres subtipos de personalidad (resiliente o de alto funcionamiento, subcontrolado y sobrecontrolado). Este tipo de estudios pone en relieve cómo la personalidad puede ser útil en relación a la detección de personas con TCA o elevado riesgo de padecerlo, lo que a su vez resulta muy útil para la selección del establecimiento de programas de prevención, e igualmente se relaciona con la respuesta al tratamiento. Sin embargo, es importante señalar que, tal y como se ha mostrado, no todos los autores coinciden en que la mejor agrupación es la de tres grupos, es decir, existen otras investigaciones que han hallado agrupaciones

distintas. Por su parte, existen investigaciones que han usado otras variables para clasificar los TCA y se les ha dado un valor diferente a cada una de ellas. Este tipo de estudios sirve o puede tener gran utilidad tanto a la hora de plantear modelos explicativos como estrategias terapéuticas diferenciales según las características de los pacientes con TCA.

PARTE SEGUNDA

Investigación empírica

Capítulo 6

Objetivos e hipótesis

6.1. Objetivos e hipótesis

Tal y como se ha ido destacando en los primeros capítulos de esta tesis doctoral, los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en un tipo de patología cuya detección, evaluación, tratamiento y resolución, genera grandes dificultades a los diversos profesionales encargados de ellas. Numerosos autores han intentado aportar luz sobre las diversas variables que pueden afectar en las distintas fases de los trastornos de la conducta alimentaria: prevención y evaluación; tratamiento; evolución y pronóstico.

Desde este marco surge la propuesta del presente trabajo cuyo objetivo general fue estudiar variables clínicas relevantes asociadas con los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de participantes del programa de trastornos de la conducta alimentaria, del dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara. Se pretenden analizar y comparar a los participantes agrupados según las clasificaciones diagnósticas, así como según otra clasificación generada a través del análisis de conglomerados, y construir un modelo que pueda ayudar a clasificar, a priori, a los participantes.

En concreto, los objetivos específicos fueron:

Objetivo 1: Analizar las características sociodemográficas y otras variables consideradas relevantes presentes en los pacientes atendidos en el dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara, del programa de trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivo 2: Estudiar los acontecimientos vitales estresantes referidos por los pacientes atendidos en el dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara, del programa de trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivo 3: Estudiar las diferencias que existen entre las distintas variables clínicas analizadas según el tipo (tres grupos) y subtipo (cinco subtipos) de diagnóstico de los TCA.

Objetivo 4: Analizar las agrupaciones de los pacientes atendidos en el dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara, del programa de trastornos de la conducta alimentaria, según los patrones de personalidad, los acontecimientos vitales estresantes y los patrones parentales. Así como estudiar las diferencias existentes entre los grupos resultantes en todas las variables analizadas en el estudio.

Objetivo 5: Presentar un modelo en función del peso de las distintas variables analizadas a la hora de clasificar a los participantes en los grupos resultantes.

Partiendo de estos objetivos, y teniendo en consideración los datos empíricos presentados en la parte teórica de la presente tesis doctoral, se postularon las siguientes hipótesis de trabajo:

Hipótesis 1: Las características socio-demográficas de las participantes de este estudio serán similares a las que la bibliografía científica identifica como más frecuentes en este tipo de trastornos, es decir, se encontrarán resultados similares a los hallados en estudios previos respecto a las características socio-demográficas de la muestra de estudio, y también con respecto a otras variables clínicamente relevantes valoradas.

Hipótesis 2: Se encontrará mayor número de acontecimientos vitales estresantes relacionados con el grupo primario de apoyo en los tres momentos vitales analizados: infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de los síntomas, que en el resto de categorías de acontecimientos vitales estresantes clasificados según los criterios del eje IV del DSM-IV, problemas psicosociales y ambientales (American Psychiatric Association, 1994).

Hipótesis 3: Respecto al análisis de diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos diagnósticos (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón):

- Se encontrarán diferencias significativas entre los tres grupos diagnósticos respecto a: patrones de personalidad y síndromes clínicos, características psicológicas relacionadas con el TCA, variables de componente emocional (ansiedad, depresión y

sensibilidad a la ansiedad), variables de componente conductual (asertividad, alexitimia, agresividad e impulsividad) y en variables de autopercepción (calidad de vida, relaciones sociales percibidas, autoestima, y estilos de crianza percibidos).

Hipótesis 4: Respecto al análisis de diferencias estadísticamente significativas entre los cinco subtipos diagnósticos (anorexia nerviosa compulsiva, anorexia nerviosa restrictiva, bulimia nerviosa purgativa, bulimia nerviosa no purgativa y trastorno por atracón):

- Se encontrarán diferencias significativas entre los cinco subtipos diagnósticos respecto a: patrones de personalidad y síndromes clínicos, características psicológicas relacionadas con el TCA, variables de componente emocional (ansiedad, depresión y sensibilidad a la ansiedad), variables de componente conductual (asertividad, alexitimia, agresividad e impulsividad) y variables de autopercepción (calidad de vida, relaciones sociales percibidas, autoestima, y estilos de crianza percibidos).

Hipótesis 5: Surgirán tres conglomerados de pertenencia teniendo en cuenta las siguientes variables psicológicas (patrones de personalidad de conglomerado B y C: evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, compulsivo, límite, negativista, autodestructivo, narcisista, antisocial, agresivo), patrones de crianza del padre y la madre (sobreprotección y control) y acontecimientos vitales estresantes (infancia-adolescencia, edad adulta, año previo al inicio de sintomatología y maltrato-abuso).

Hipótesis 6: Los tres conglomerados encontrados no mostrarán diferencias significativas en cuanto a variables sociodemográficas.

Hipótesis 7: Respecto a las diferencias significativas entre los tres conglomerados resultantes y las variables analizadas:

- Los pacientes que pertenezcan al grupo de alto funcionamiento mostrarán resultados más bajos en las escalas valoradas, tanto en perfiles de personalidad, número de acontecimientos vitales estresantes y mejores perfiles sobre estilos parentales.

- Los pacientes que pertenezcan al grupo sobrecontrolado, mostrarán puntuaciones más altas en las escalas que valoran aspectos relacionados con elevado autocontrol, conductas de evitación y elevado perfeccionismo.

- Los pacientes que pertenezcan al grupo subcontrolado, mostrarán mayores puntuaciones en las escalas que tengan que ver con la desregulación emocional e impulsividad.

Hipótesis 8: Se encontrarán diferencias significativas entre los grupos de conglomerados hallados y las variables analizadas agrupadas del siguiente modo:

- Patrones de personalidad y síndromes clínicos a través del MCMI-III: Los patrones de personalidad son: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide. Y los síndromes clínicos: trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante.

- Área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del EDI-2: escala de obsesión por la delgadez, escala de bulimia, escala de insatisfacción corporal, escala de ineficacia, escala de perfeccionismo, escala de desconfianza interpersonal, escala de conciencia interoceptiva, escala de miedo a la madurez, escala de ascetismo, escala de impulsividad y escala de inseguridad social.

- Área de componente emocional: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad.

- Área de componente conductual: asertividad total, alexitimia señales, alexitimia verbal, alexitimia detalles, agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira, agresividad hostilidad, impulsividad planificación, impulsividad emoción, impulsividad conducta e impulsividad otras.

- Área de autopercepción: escala de movilidad del NHP, escala dolor del NHP, escala de sueño del NHP, escala de aislamiento del NHP, escala de respuesta emocional del NHP, escala de energía del NHP, escala de percepción de apoyo social y autoestima total del EAR.

Hipótesis 9: En relación con el modelo matemático hallado en función del peso que pueden tener las distintas variables analizadas en el estudio sobre la clasificación de los pacientes en los conglomerados obtenidos, se han tenido en cuenta 5 agrupaciones de variables relacionadas por áreas de evaluación. A este respecto,

- Se ha considerado que el modelo que a priori clasificará mejor a los pacientes en los conglomerados de pertenencia será el generado a partir de las variables utilizadas para crear los conglomerados, y dentro de ese modelo, serán las variables de personalidad las que mayor peso tendrán.

- El siguiente modelo que a priori clasificará mejor a los pacientes en los conglomerados de pertenencia será el generado a partir de todas las variables utilizadas en el análisis.

- El siguiente modelo que a priori clasificará mejor a los pacientes en los conglomerados de pertenencia será el generado a partir del Área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del EDI-2, seguido del área de componente emocional, el del área del componente conductual y finalmente, el del área de autopercepción. A continuación se presentan las variables incluidas en cada área valorada:

- Variables utilizadas para la generación de los conglomerados: patrón de personalidad evitativo, patrón de personalidad depresivo, patrón de personalidad dependiente, patrón de personalidad histriónico, patrón de personalidad narcisista, patrón de personalidad antisocial, patrón de personalidad agresivo, patrón de personalidad compulsivo, patrón de personalidad negativista, patrón de personalidad autodestructivo y patrón de personalidad límite, cuidado total paterno, sobreprotección total paterna, cuidado total materno y sobreprotección total materna, acontecimientos vitales estresantes en infancia-adolescencia, acontecimientos vitales estresantes en edad adulta, acontecimientos vitales estresantes en año previo al inicio de síntomas TCA y sumatorio de abuso-maltrato.

- Área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del EDI-2: escala de obsesión por la delgadez, escala de bulimia, escala de insatisfacción corporal, escala de ineficacia, escala de perfeccionismo, escala

de desconfianza interpersonal, escala de conciencia interoceptiva, escala de miedo a la madurez, escala de ascetismo, escala de impulsividad y escala de inseguridad social.

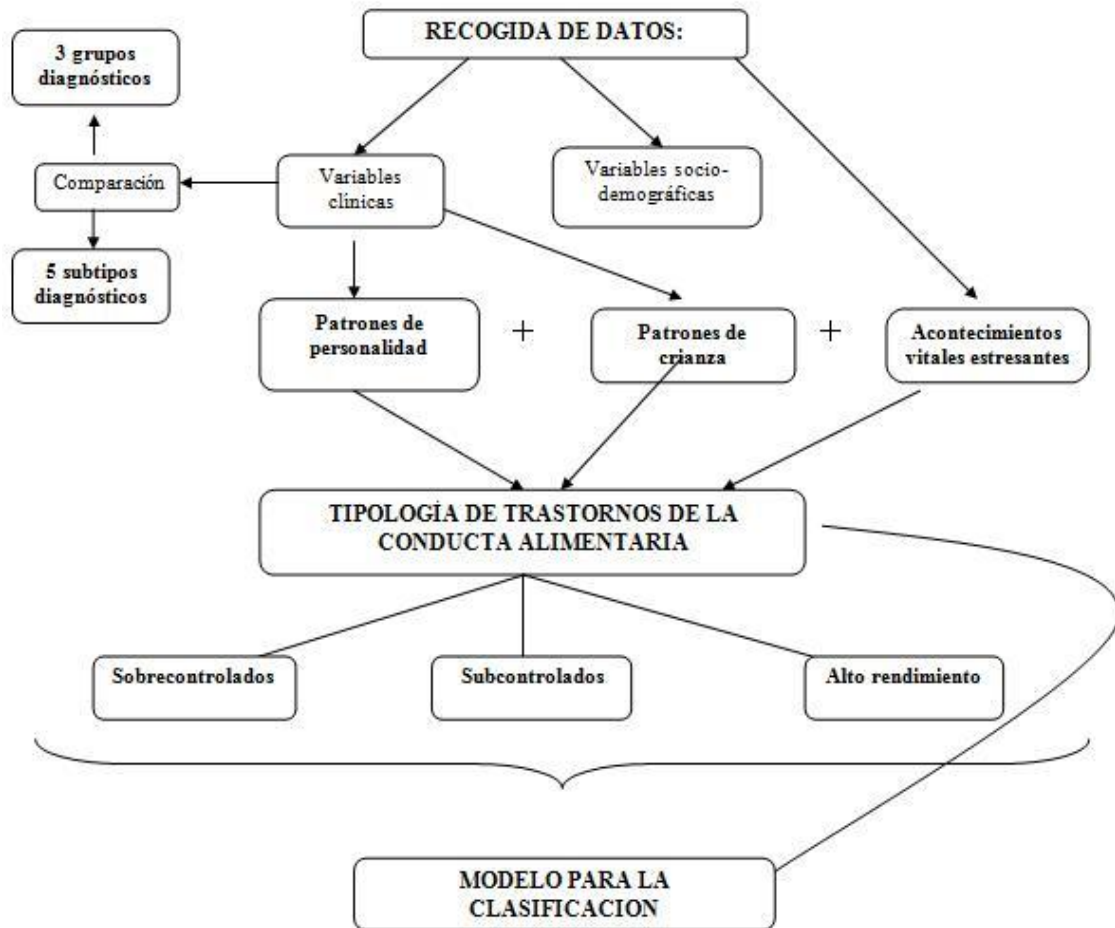
- Área de componente emocional: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad.

- Área de componente conductual: asertividad total, alexitimia señales, alexitimia verbal, alexitimia detalles, agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira, agresividad hostilidad, impulsividad planificación, impulsividad emoción, impulsividad conducta e impulsividad otras.

- Área de autopercepción: escala de movilidad del NHP, escala dolor del NHP, escala de sueño del NHP, escala de aislamiento del NHP, escala de respuesta emocional del NHP, escala de energía del NHP, escala de percepción de apoyo social y autoestima total del EAR.

- Utilizando todas las variables analizadas en la muestra de estudio: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad, escala de obsesión por la delgadez, escala de bulimia, escala de insatisfacción corporal, escala de ineficacia, escala de perfeccionismo, escala de desconfianza interpersonal, escala de conciencia interoceptiva, escala de miedo a la madurez, escala de ascetismo, escala de impulsividad y escala de inseguridad social, asertividad total, alexitimia señales, alexitimia verbal, alexitimia detalles, agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira, agresividad hostilidad, impulsividad planificación, impulsividad emoción, impulsividad conducta e impulsividad otras, escala de movilidad del NHP, escala dolor del NHP, escala de sueño del NHP, escala de aislamiento del NHP, escala de respuesta emocional del NHP, escala de energía del NHP, escala de percepción de apoyo social y autoestima total del EAR.

Figura 6.1. Planteamiento general de la investigación.



Capítulo 7

Método

7.1. Condiciones generales, protección de datos y normativa legal

El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético y de Investigación del Hospital Universitario de Guadalajara. El proyecto de investigación fue presentado el 30 de Abril del 2013 y aprobado el 4 de Junio del 2013.

En dicho proyecto se indica que todos los participantes de la investigación han sido previamente informados de la confidencialidad y anonimato en la utilización de los datos aportados. Se les ha explicado el objetivo de la investigación y se les ha solicitado la firma del consentimiento informado (ver ANEXO). Además, será recabada solo la información imprescindible y de interés para los objetivos del estudio.

Los datos han sido utilizados siguiendo la normativa vigente con el seguimiento de los principios contenidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De modo que a cada paciente se le asignó un número, y se han utilizado tablas disociadas de información. En una tabla aparecen los datos del paciente y el número asignado, y en otra tabla, el número y los resultados obtenidos en las variables evaluadas.

7.1.1. Procedimiento para asignación de numeración de pacientes

Se estableció un código según fecha de nacimiento, anotando primero las dos últimas cifras de año de nacimiento, seguido de número de mes y día de nacimiento (se completarán con cero las cifras de un solo dígito). En el caso de paciente femenina, al día de nacimiento se le sumará 40. Ejemplo:

A una paciente mujer nacida el 11/07/84, se le asignará el código: 840751.

Se garantiza la confidencialidad y el anonimato en la utilización de los datos aportados. Solamente la psicóloga clínica (Victoria de Felipe García-Bardón) responsable de los casos evaluados y co-directora de la presente tesis, y la investigadora principal del estudio (Alicia Pérez Rodríguez) tendrán acceso directo a los datos individuales de los pacientes.

En el consentimiento informado se ofrece a los pacientes la posibilidad de que sus datos sean incorporados a su historia clínica al finalizar el estudio, dado que se

consideran de utilidad clínica. Solo en caso de que el paciente rellene dicha casilla, los datos serán utilizados con el mencionado fin.

7.2. Participantes

Los participantes de este estudio son pacientes que acudieron al dispositivo Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Guadalajara, derivados al programa de trastornos de la conducta alimentaria. Todos ellos han sido evaluados y diagnosticados de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o TCA no especificado) por algún facultativo especialista (psiquiatra o psicóloga clínica). En el apartado 7.5 (Procedimiento) queda reflejado que estos pacientes no pueden ser derivados directamente desde atención primaria, sino que han debido ser anteriormente valorados por un especialista de Salud Mental (psicólogo clínico o psiquiatra) con el objetivo de no sobrecargar el programa con pacientes que no cumplan los criterios del dispositivo. Aún así, cabe destacar que no todos los pacientes que llegan al programa han podido ser incluidos en el estudio. A continuación, se detallan los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 7.1. Criterios de inclusión para la investigación.

Criterios de inclusión:
<ul style="list-style-type: none">– Pacientes derivados al dispositivo de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Guadalajara.– Diagnóstico de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria por facultativo especialista, según criterios DSM-IV-TR. Excluidos los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, salvo el trastorno por atracón.– Haber firmado el correspondiente consentimiento informado (Ver Anexo: Consentimiento informado).

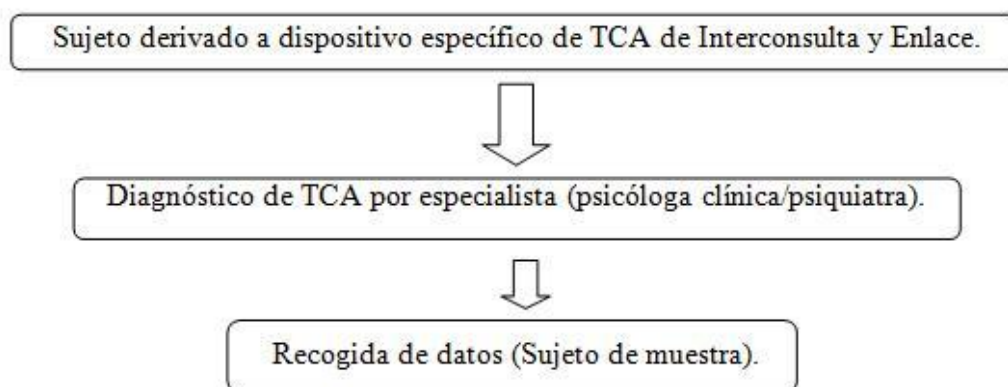
Tabla 7.2. Criterios de exclusión para la investigación.

Criterios de exclusión:
<ul style="list-style-type: none">➤ No tener diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria según criterios DSM-IV-TR.➤ No querer participar voluntariamente en el estudio.➤ Problemas graves de lectoescritura, idioma o retraso mental que impida la correcta cumplimentación de los cuestionarios.➤ Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, salvo el trastorno por atracón.

La muestra fue recogida de modo prospectivo solicitando la participación en el estudio a todos los nuevos casos de pacientes que llegaban al programa, así como, a los pacientes que se encontraban incluidos en el programa en el momento en el que se inició el presente estudio. La recogida de información se produjo durante 11 meses, desde junio del 2013, tras la resolución positiva desde el Comité ético del Hospital Universitario de Guadalajara, hasta mayo de 2014, cuando terminó el contrato de residencia de la investigadora principal.

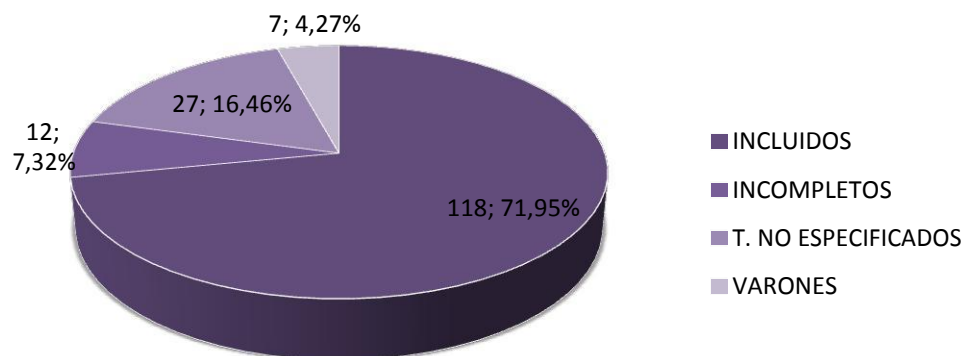
A continuación, se presenta el diagrama de recogida de datos:

Figura 7.1. Presentación esquemática de recogida de datos



Durante ese periodo temporal se realiza la recogida de información a través del protocolo y la entrega de tests a 164 pacientes. De esos pacientes, 12 (7,32 %) no entregan toda la documentación completa y tampoco se logra contactar con ellos para terminarlo, de modo que quedan excluidos de la investigación. Se encuentran 27 pacientes (16,46 %) con trastornos de la conducta alimentaria no especificados y tampoco se incluyen en la investigación por no incluirse dentro de los objetivos de la misma y por ser pacientes que no cumplen los criterios de inclusión del programa de TCA. En la muestra, 7 (4,27 %) eran varones, y se decide no incluirlos en la investigación para controlar de este modo la variable sexo y la posible influencia que puede tener en los datos. Los datos anteriormente señalados se muestran a través de un gráfico para realizar una presentación visual de los mismos (Ver Gráfico 7.1).

Gráfico 7.1. Distribución de la recogida muestral.



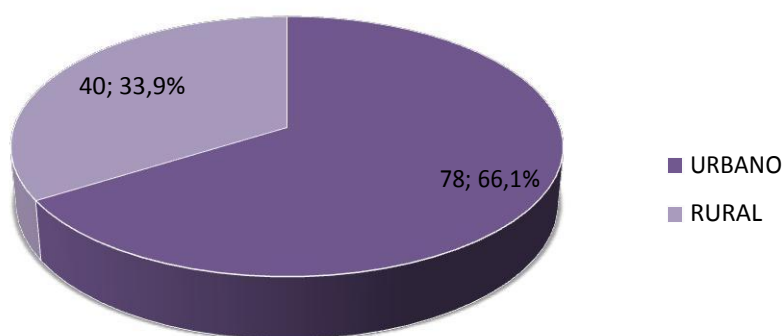
Se estimó que para completar los datos que se solicitan a los participantes de la investigación, era necesaria una hora y media. Tras explicar los objetivos de la investigación, el uso confidencial de los datos y obtener el consentimiento del paciente, se procedía a la recogida de información. Primero se completaba del protocolo durante 15 minutos a través de una entrevista con el paciente, después se explicaba el modo de cumplimentar los test que debían rellenar en la sala de espera o en casa, en un tiempo estimado de una hora y 15 minutos.

A continuación, se detallan las variables socio-demográficas analizadas en la muestra de estudio y posteriormente, se muestra una tabla resumen de dichos datos (Ver Tabla 7.3).

La muestra a estudio está formada por 118 participantes, todos ellos mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 59 años. La edad media de la muestra es de 31,90 ($DT = 10,23$).

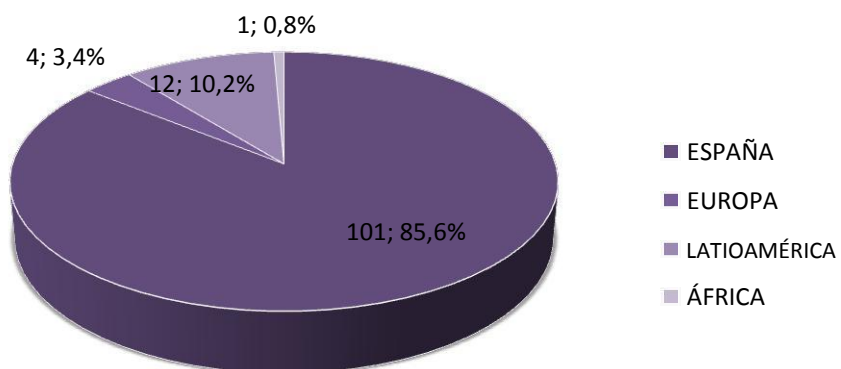
Con respecto al lugar de residencia, y tal y como se muestra en el Gráfico 7.2, el 66,1 % ($n=78$) reside en medio urbano, mientras que el 33,9 % ($n=40$) lo hace en medio rural. Se han considerado que las pacientes que vivieran en Guadalajara capital y en Azuqueca de Henares pertenecían a medio urbano por ser los dos municipios de la provincia de Guadalajara con más población y desarrollo económico.

Gráfico 7.2. Distribución de la muestra según el lugar de residencia.



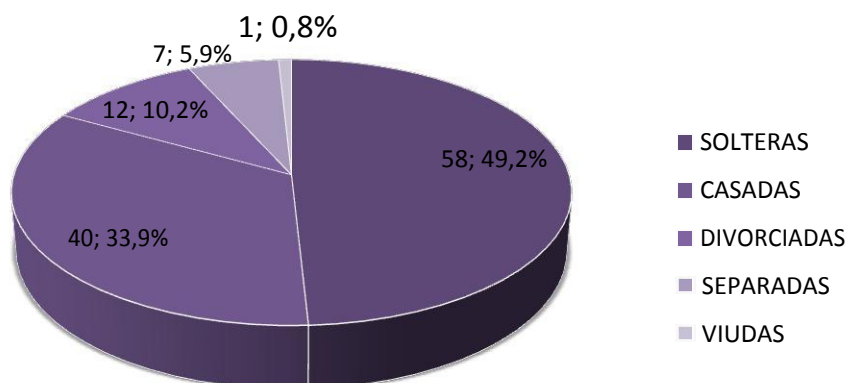
Un 85,6 % (n=101) son originarias de España; el 3,40 % (n=4) proceden del resto de Europa; el 10,2 % (n=12) son de algún país de Latinoamérica y el 0,8 % (n=1) de África (Véase Gráfico 7.3).

Gráfico 7.3. Distribución de la muestra según el lugar de origen.



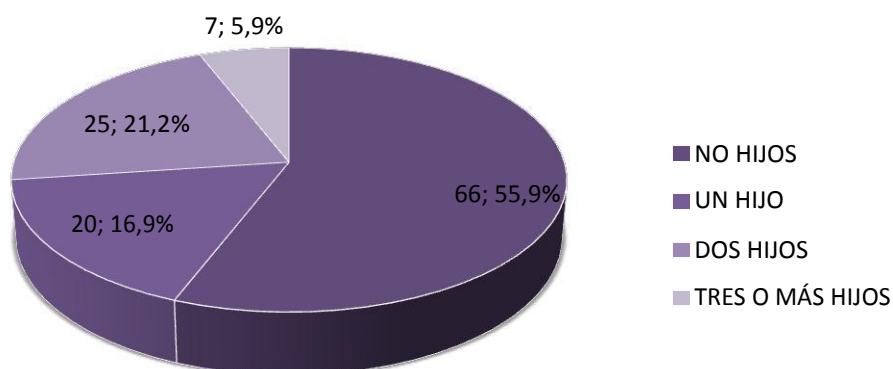
En lo que se refiere al estado civil, y como refleja el Gráfico 7.4, de las 118 mujeres que conforman la muestra un 49,2 % (n=58) se encuentran solteras, el 33,9 % (n=40) casadas, el 10,2 % (n=12) están divorciadas, un 5,9 % (n=7) se encuentran separadas, y el 0,80 % (n=1) viudas.

Gráfico 7.4. Distribución de la muestra según el estado civil.



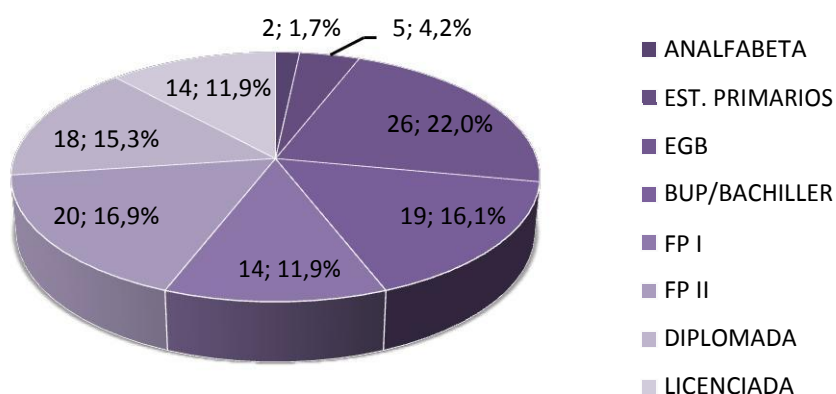
El 55,9 % (n=66) no tiene hijos, el 16,9 % (n=20) tiene un solo hijo, el 21,2% (n=25) tiene 2 hijos y el 5,9 % (n=7) tiene tres o más hijos. La media con respecto al número de hijos es de 0,8 ($DT = 1,05$), con un mínimo de 0 hijos y un máximo de 4. (Ver Gráfico 7.5).

Gráfico 7.5. Distribución de la muestra según el número de hijos.



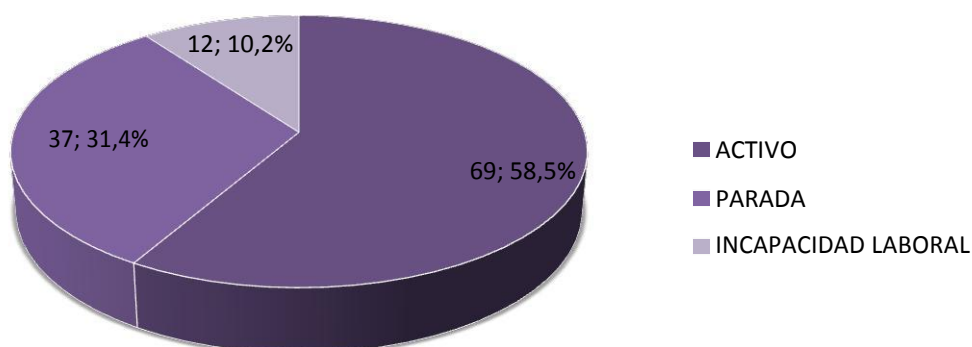
Con respecto al nivel educativo, el Gráfico 7.6 muestra que el 1,7 % (n=2) de las mujeres del estudio son analfabetas, el 4,2 % (n=5) tienen estudios primarios, el 22 % (n=26) han acabado la EGB/ESO, el 16,1 % (n=19) finalizaron sus estudios de Bachillerato o BUP, el 11,9% (n=14) tienen estudios de FPI, y el 16,9 % (n=20) FPII. El 15,3 % (n=18) han finalizado estudios de diplomatura y el 11,9 % (n=14) estudios de licenciatura.

Gráfico 7.6. Distribución de la muestra según el nivel educativo.



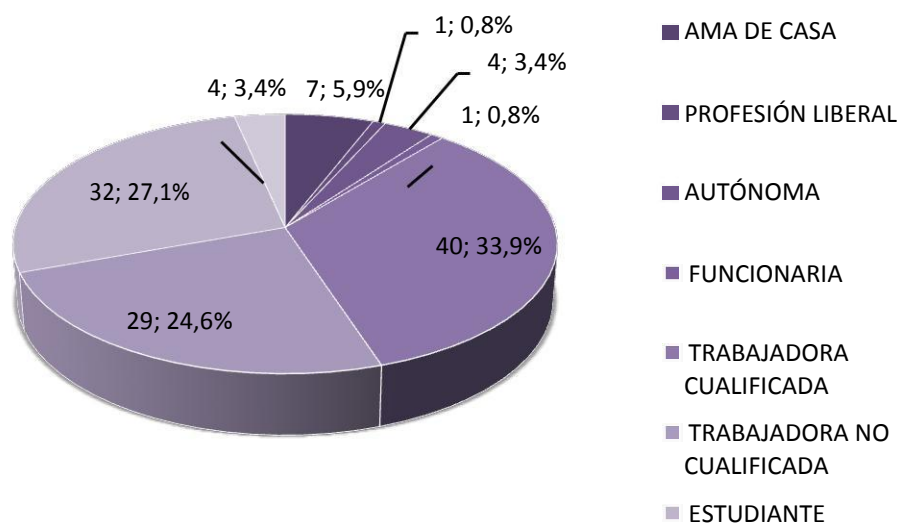
El Gráfico 7.7 muestra la situación laboral de las pacientes. El 58,5 % (n=69) se encuentran en activo, el 31,4 % (n=37) en paro y el 10,1 % (n=12) en algún tipo de Incapacidad Laboral.

Gráfico 7.7. Distribución de la muestra según la situación laboral.



Con respecto a la profesión de las participantes, encontramos que el 5,9 % (n=7) se definen como amas de casa, el 0,8 % (n=1) profesional liberal, el 3,4% (n=4) autónomos, el 0,8 % (n=1) funcionario, el 33,9 % (n=40) trabajadoras cualificadas, el 24,6 % (n=29) trabajadoras no cualificadas, el 27,1 % (n=32) son estudiantes y el 3,4 % (n=4) no tienen una profesión definida (ver Gráfico 7.8).

Gráfico 7.8. Distribución de la muestra según la profesión.



7.3. Tabla general variables socio-demográficas

VARIABLE	SUBCATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LUGAR DE RESIDENCIA	Urbano	78	66,1 %
	Rural	40	33,9 %
PROCEDENCIA	España	101	85,6 %
	Europa	4	3,4 %
	Latinoamérica	12	10,2 %
	África	1	0,8 %
ESTADO CIVIL	Soltera	58	49,2 %
	Casada	40	33,9 %
	Divorciada	12	10,2 %
	Separada	7	5,9 %
	Viuda	1	0,8 %
NÚMERO DE HIJOS	No	66	55,9 %
	1	20	16,9 %
	2	25	21,2 %
	3 o más	7	5,9 %

Tabla. 7.3. (Continuación). Tabla general variables socio-demográficas

VARIABLE	SUBCATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIVEL EDUCATIVO	Analfabeta	2	1,7 %
	Estudios primarios	5	4,2 %
	EGB	26	22,0 %
	BUP/Bachiller	19	16,1 %
	Formación Profesional I	14	11,9 %
	Formación Profesional II	20	16,9 %
	Diplomada	18	15,3 %
	Licenciada	14	11,9 %
SITUACIÓN LABORAL	Activo	69	58,5 %
	IL Transitoria	3	2,5 %
	IL Permanente	6	5,1 %
	IL Total	1	0,8 %
	IL Absoluta	2	1,7 %
	Paro	37	31,4 %
PROFESIÓN	Ama de casa	7	5,9 %
	Profesión liberal	1	0,8 %
	Empresaria autónoma	4	3,4 %
	Funcionaria/empleada no directivo.	1	,8 %
	Trabajadora cualificada	40	33,9%
	Trabajadora no cualificada	29	24,6 %
	Estudiante	32	27,1 %
	Sin profesión	4	3,4 %

7.3. Diseño

Para poder lograr los objetivos planteados, se realizó un diseño de corte transversal con estudio descriptivo. La muestra experimental estará formada por participantes pertenecientes a población clínica, por lo que la investigación se sitúa en un nivel metodológico clínico que engloba fines descriptivos de cuadros clínicos o relaciones entre variables. No se seleccionan los participantes al azar por emplear un grupo de participantes clínicos, que ya pertenecen a una categoría diagnóstica.

Se utilizó el método transversal, a través del cual se examinaron las relaciones que se producen entre distintas variables dentro de un mismo grupo de pacientes valoradas en un solo momento. Así pues, este estudio no permite verificar hipótesis causales, sino mejorar la comprensión sobre las variables relacionadas con estos trastornos y contribuir a una mejor clasificación de los mismos.

Las variables analizadas para comprobar las hipótesis planteadas fueron las siguientes:

- Con respecto a la hipótesis sobre variables socio-demográficas y otras variables relevantes:

Variables dependientes:



Variables socio-demográficas recogidas a través de protocolo:

1. Edad
2. Sexo
3. Lugar de residencia
4. Lugar de procedencia
5. Estado civil
6. Número de hijos
7. Nivel educativo
8. Situación laboral actual
9. Profesión



Otras variables relevantes recogidas a través de protocolo:

10. Presencia de traslados
11. Número de traslados
12. Tipo de traslados
13. Existencia de apoyo familiar percibido
14. Familiar de apoyo
15. Uso de Internet para buscar información sobre temas relacionados con el TCA
16. Número de horas de uso a Internet para buscar información sobre temas relacionados con el TCA
17. Otros diagnósticos en eje I
18. Diagnóstico en eje II
19. Rasgos desadaptativos de personalidad

20. Antecedentes familiares de TCA
21. Tratamiento psicoterapéutico previo
22. Tipo de tratamiento psicoterapéutico previo
23. Consumo de psicofármacos
24. Tipo de psicofármaco consumido

- Con respecto a hipótesis relacionadas con los acontecimientos vitales estresantes (AVE):

Los acontecimientos vitales estresantes serán recogidos según declaración del paciente. Se le preguntará por tres momentos específicos: infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de los síntomas de TCA, así como por la existencia de algún tipo de maltrato-abuso a lo largo de la vida.

Para llevar a cabo la categorización de los datos se han seguido los criterios del eje IV del DSM-IV, problemas psicosociales y ambientales (American Psychiatric Association, 1994). A continuación, se presenta una tabla resumen con las agrupaciones y tipo de acontecimientos que se incluyen (Ver Tabla 7.4).

Tabla 7.4. Resumen de criterios del eje IV del DSM-IV, problemas psicosociales y ambientales (American Psychiatric Association, 1994).

CATEGORÍA	ACONTECIMIENTOS INCLUIDOS
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	Fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos y nacimiento de un hermano.
Problemas relativos al ambiente social	Fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación y adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).
Problemas relativos a la enseñanza	Analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase y el ambiente escolar inadecuado

Tabla 7.4. (Continuación). Resumen de criterios del eje IV del DSM-IV, problemas psicosociales y ambientales (American Psychiatric Association, 1994).

CATEGORÍA	ACONTECIMIENTOS INCLUIDOS
Problemas laborales	Desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo y conflicto con el jefe o los compañeros de trabajo.
Problemas de vivienda	Falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindario insalubre y conflictos de vecinos o propietarios.
Problemas económicos	Pobreza extrema, economía insuficiente y ayudas socioeconómicas insuficientes.
Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria	Servicios médicos inadecuados, falta de transportes a los servicios asistenciales y seguro médico inadecuado.
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen	Arrestos, encarcelamiento, juicios o ser víctima de acto criminal.
Otros problemas psicosociales y ambientales	Exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

Con respecto a las situaciones de maltrato/abuso, se ha generado una variable en la que se agrupan todos los acontecimientos de este tipo (variable Maltrato-abuso). Para llevarlo a acabo se han seguido las recomendaciones de maltrato emitidas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en el Documento de Consenso “*Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*” (2006). En el citado documento se diferencia entre:

- *Maltrato físico por acción*: cualquier intervención, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en situación de grave riesgo de padecerlo.
- *Explotación laboral*: utilización de niños para obtener beneficio, que implique explotación económica, y el desempeño de cualquier trabajo que entorpezca su educación o sea nocivo para su salud o su desarrollo.
- *Maltrato emocional*: toda acción, omisión o negligencia de carácter afectivo, capaz de originar cuadros psicológicos-psiquiátricos, por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.
- *Abuso sexual*: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto, siendo formas de abuso sexual *con contacto físico y sin contacto*.

- Con respecto a las hipótesis sobre la comparación entre tipos y subtipos diagnósticos:

Variables dependientes:

1. Rasgos de personalidad y síndromes clínicos
2. Rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA
3. Patrones de crianza

Área de variables con componente emocional:

4. Ansiedad Estado-Rasgo
5. Depresión
6. Sensibilidad a la ansiedad

Área de variables con componente conductual:

7. Asertividad
8. Alexitimia
9. Agresividad
10. Impulsividad

Área de variables con componente de autopercepción:

11. Estado de salud percibido
12. Apoyo social percibido
13. Autoestima

Variables independientes:

Las variables independientes vendrán determinadas por el diagnóstico y por el subtipo diagnóstico de los pacientes. Para ello se usarán los criterios DSM-IV-TR, lo que supone que existirán tres grupos generales y cada uno se dividirá a su vez en dos subgrupos, tal y como se representa en la Tabla 7.4.

Tabla 7.5. Variables independientes, tipos y subtipos diagnósticos.

Anorexia nerviosa	Subtipo restrictivo
	Subtipo purgativo/compulsivo
Bulimia nerviosa	Subtipo purgativo
	Subtipo no purgativo
TCA no especificados	Trast. por atracón
	Otros (EXCLUIDOS)

A continuación, se incluyen los criterios diagnósticos DSM-IV-TR que se utilizarán:

Tabla 7.6. Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR.

Criterios para el diagnóstico anorexia nerviosa (F50.0)
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).
Especificar el tipo:
Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tabla 7.7. Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR.

Criterios para el diagnóstico bulimia nerviosa (F50.2)
A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
Especificar tipo:
Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tabla 7.8. Criterios para el diagnóstico de los trastorno de la conducta alimentaria no especificado según el DSM-IV-TR.

Criterios para diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (F50.9). EXCLUIDOS, salvo el trastorno por atracón.
<p>La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares. 2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad. 3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses. 4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas). 5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida. 6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Tabla 7.9. Criterios para el diagnóstico del trastorno por atracón según el DSM-IV-TR.

Criterios DSM-IV-TR (Trastorno por atracón)
<p>Se incluye dentro de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) y se define como: Episodios recurrentes de atracón en ausencia de uso regular de las conductas compensatorias inadecuadas características de la bulimia nerviosa.</p> <p>Como CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN para este trastorno incluye los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por los dos elementos siguientes: Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. <p>Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas: <p>Ingesta mucho más rápida de lo normal. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre. Comer a solas para esconder su voracidad. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón. Profundo malestar al recordar los atracones.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Los atracones tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un periodo de 6 meses. 4. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia o una bulimia nerviosa.

• Con respecto a las hipótesis relacionadas con la tipología de los trastornos de la conducta alimentaria:

Las variables que se utilizarán para clasificar a los participantes a partir de la similitud de sus puntuaciones en las mismas, es decir, que configurarán los

conglomerados o grupos (grupo de alto funcionamiento, grupo sobrecontrolado y grupo subcontrolado) que pasarán a ser las variables independientes, son las siguientes:

1. Patrones de personalidad: evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, compulsivo, límite, negativista, autodestructivo, narcisista, antisocial y agresivo.
2. Patrones de crianza: padre control/sobreprotección y madre control/sobreprotección.
3. Acontecimientos vitales estresantes referidos en: infancia-adolescencia, edad adulta, año previo al inicio de los síntomas y maltrato-abuso.

Y las variables dependientes serán:

1. Rasgos de personalidad y síndromes clínicos
 2. Rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA
 3. Patrones de crianza
- Área de variables con componente emocional:
4. Ansiedad Estado-Rasgo
 5. Depresión
 6. Sensibilidad a la ansiedad
- Área de variables con componente conductual:
7. Asertividad
 8. Alexitimia
 9. Agresividad
 10. Impulsividad
- Área de variables con componente de autopercepción:
11. Estado de salud percibido
 12. Apoyo social percibido
 13. Autoestima
- Por último, en relación con la hipótesis sobre el modelo matemático generado en función del peso que pueden tener las distintas variables analizadas en el estudio sobre la clasificación de los pacientes en los conglomerados obtenidos. Las variables utilizadas para la generación de los distintos modelos han sido:

- Variables utilizadas para la generación de los conglomerados: patrón de personalidad evitativo, patrón de personalidad depresivo, patrón de personalidad dependiente, patrón de personalidad histriónico, patrón de personalidad narcisista, patrón de personalidad antisocial, patrón de personalidad agresivo, patrón de personalidad compulsivo, patrón de personalidad negativista, patrón de personalidad autodestructivo y patrón de personalidad límite, cuidado total paterno, sobreprotección total paterna, cuidado total materno y sobreprotección total materna, acontecimientos vitales estresantes en infancia-adolescencia, acontecimientos vitales estresantes en edad adulta, acontecimientos vitales estresantes en año previo al inicio de síntomas TCA y sumatorio de abuso-maltrato.

Variables agrupadas por áreas:

- Área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del EDI-2: escala de obsesión por la delgadez, escala de bulimia, escala de insatisfacción corporal, escala de ineficacia, escala de perfeccionismo, escala de desconfianza interpersonal, escala de conciencia interoceptiva, escala de miedo a la madurez, escala de ascetismo, escala de impulsividad y escala de inseguridad social.

- Área de componente emocional: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad.

- Área de componente conductual: asertividad total, alexitimia señales, alexitimia verbal, alexitimia detalles, agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira, agresividad hostilidad, impulsividad planificación, impulsividad emoción, impulsividad conducta e impulsividad otras.

- Área de la autopercepción: escala de movilidad, escala dolor, escala de sueño, escala de aislamiento, escala de respuesta emocional, escala de energía, escala de percepción de apoyo social y autoestima total.

- Análisis global con las variables de las áreas: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad, escala de obsesión por la delgadez, escala de bulimia, escala de insatisfacción corporal, escala de ineficacia, escala de perfeccionismo, escala de desconfianza interpersonal, escala de conciencia interoceptiva, escala de miedo a la madurez, escala de ascetismo, escala de impulsividad y escala de inseguridad social, asertividad total, alexitimia señales, alexitimia verbal, alexitimia detalles, agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira, agresividad hostilidad, impulsividad planificación, impulsividad emoción, impulsividad conducta e impulsividad otras, escala de movilidad, escala dolor, escala de sueño, escala de aislamiento, escala de respuesta emocional, escala de energía, escala de percepción de apoyo social y autoestima total.

7.4. Medidas

A continuación, se detallan todas las medidas que se utilizarán para la recogida de datos. Se han seleccionado los instrumentos que se indican por considerarse los más apropiados para poder trabajar los objetivos e hipótesis de la investigación. En este apartado también se recoge la calidad de los test utilizados.

La Tabla 7.10 Resume las medidas utilizadas en el protocolo de evaluación.

Tabla 7.10. Resumen de protocolo de evaluación utilizado.

Instrumento	Información recogida
Entrevista de recogida de datos	Información socio-demográfica: edad, lugar de residencia, lugar de procedencia, estado civil, número de hijos, nivel educativo, situación laboral actual, profesión.
	Otras variables relevantes: Presencia de traslados, Número de traslados, Tipo de traslados, Existencia de apoyo familiar percibido, Familiar de apoyo, Uso de internet para buscar información sobre temas relacionados con el TCA, Número de horas de uso a internet para buscar información sobre temas relacionados con el TCA, Litigio, Otros diagnósticos en Eje I, Diagnóstico en Eje II, Rasgos desadaptativos de personalidad, Antecedentes familiares de TCA, Tratamiento psicoterapéutico previo, Tipo de tratamiento psicoterapéutico previo, Consumo de psicofármacos, Tipo de psicofármaco consumido.
<i>Inventario clínico multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 1997). Adaptación española por Cardenal y Sánchez (2008). TEA Ediciones, S.A., Madrid.</i>	Acontecimientos vitales estresantes: en infancia-adolescencia, edad adulta, año previo al inicio de los síntomas TCA. Vivencias de maltrato-abuso. Los patrones de personalidad: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide. Y los síndromes clínicos: trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés posttraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante.
<i>Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (Eating Disorders Inventory-2, EDI-2; Garner, 1991). Adaptación española por Corral, González, Pereña, Seisdedos (1998). TEA Ediciones, S.A., Madrid.</i>	Escala de obsesión por la delgadez, Escala de bulimia, Escala de insatisfacción corporal, Escala de ineficacia, Escala de perfeccionismo, Escala de desconfianza interpersonal, Escala de conciencia interoceptiva, Escala de miedo a la madurez, Escala de ascetismo, Escala de impulsividad y Escala de inseguridad social.
<i>Instrumento de lazos parentales. (Parental Bonding Instrument, PBI; Parker, Tupling y Brown, 1979, adaptación de Vallejo, Villada y Zambrano, 2007.</i>	Padre control/sobreprotección y madre control/sobreprotección

Tabla 7.10. (Continuación). Resumen de Protocolo de evaluación utilizado.

Instrumento	Información recogida
<i>Inventario de ansiedad rasgo-estado (State-Trait Anxiety Inventory, STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).</i>	Ansiedad estado y Ansiedad rasgo.
<i>Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI, Beck, Vard y Mendelson, 1961).</i>	Depresión total.
<i>Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. (Anxiety sensitivity index, ASI, Peterson y Reiss, 1992, versión española de Sandin, Chorot y McNally, 1996; Sandin, Chorot, Valiente, Santed y Lostao, 2004).</i>	Sensibilidad física a la ansiedad, Sensibilidad cognitiva a la ansiedad y Sensibilidad social a la ansiedad. Sensibilidad a la ansiedad total.
<i>"Inventario de asertividad de Rathus" (Rathus Assertiveness Schedule, RAS, Rathus, 1973).</i>	Asertividad total.
<i>Escala de Alexitimia de Toronto (Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale, TAS-20; Bagby, Taylor y Parker, 1994, adaptación española de Martínez-Sánchez, 1996).</i>	Alexitimia señales, Alexitimia verbal, Alexitimia detalles.
<i>Cuestionario de Agresión (AQ; Buss y Perry, 1992, adaptación española de Andreu, Peña y Graña, 2002).</i>	Agresividad física, Agresividad verbal, Agresividad ira y Agresividad hostilidad.
<i>Escala de impulsividad de Plutchik (Plutchik y Van Praag, 1989).</i>	Impulsividad planificación, Impulsividad emoción, Impulsividad conducta e Impulsividad otras.
<i>Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile, NHP, Hunt, McKenna, McEwen, Williams y Papp, 1981).</i>	Escala de movilidad, Escala dolor, Escala de sueño, Escala de aislamiento, Escala de respuesta emocional, Escala de energía. Escala total de salud.
<i>Cuestionario de apoyo social DUKE-UNC-11 (DUFSS; Broadhead, Gehlbach, Degruy, y Kaplan, 1988; versión española de Bellón, S.A.; Delgado, A.; Luna, S.; Lardelli, P. 1996).</i>	Escala de percepción de apoyo social.
<i>Escala de autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965, adaptación española de Aienza, Balaguer y Moreno, 2000).</i>	Autoestima total.

Entrevista de recogida de datos de pacientes con TCA:

- Recogida de información sociodemográfica: edad, lugar de residencia, lugar de procedencia, estado civil, número de hijos, nivel educativo, situación laboral actual, profesión.
- Recogida de otras variables relevantes: presencia de traslados, número de traslados, tipo de traslados, existencia de apoyo familiar percibido, familiar de apoyo, uso de Internet, tipo de diagnóstico de TCA, subtipo diagnóstico de TCA, presencia de conductas compensatorias, otros diagnósticos en eje I, otros diagnósticos en eje II, presencia de rasgos desadaptativos de personalidad, antecedentes familiares, tratamiento psicoterapéutico previo, tipo de tratamiento psicoterapéutico previo, consumo de psicofármacos, tipo de psicofármaco consumido.
- Recogida de información sobre acontecimientos vitales estresantes a través de entrevista y tras categorización de los datos según los criterios del eje IV del DSM-IV, problemas psicosociales y ambientales (American Psychiatric Association, 1994).

— *Inventario clínico multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III*; Millon et al., 1997). Adaptación española por Cardenal y Sánchez (2008). TEA Ediciones, S.A., Madrid. Evalúa estilo de funcionamiento y psicopatología en el momento de la realización. Está basado en la derivación de tres dimensiones polares que son: conducta instrumental (activo-pasivo), fuente del refuerzo (independiente-dependiente) y naturaleza del refuerzo (placer-dolor). Incluye un elemento discordante en la naturaleza y la fuente del dolor (ambivalencia). Se derivan diez estilos de personalidad, a pesar de que en total son once debido a la inclusión de un funcionamiento depresivo de la personalidad en la última versión. De modo que los patrones de personalidad evaluados por el MCMI-III son los siguientes: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide; siendo estos tres últimos considerados patrones de personalidad graves. A su vez, el MCMI-III evalúa diez síndromes clínicos relativos a los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias,

trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante. Estos tres últimos son considerados, en este inventario, como los de mayor gravedad.

– *Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (Eating Disorders Inventory-2, EDI-2; Garner, 1991)*. Adaptación española por Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998). TEA Ediciones, S.A., Madrid. Es un instrumento de autoinforme que ofrece puntuaciones en once escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, regulación de los impulsos, inseguridad social) y se compone de noventa y un elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos. Se presentan los datos obtenidos en el análisis estadístico a través del coeficiente *alpha* de Cronbach: subtest de Obsesión por la delgadez 0,88; Bulimia 0,82; Insatisfacción corporal 0,83; Ineficacia 0,82; Perfeccionismo 0,76; Desconfianza interpersonal 0,73; Conciencia interoceptiva 0,79; Miedo a la madurez 0,60; Ascetismo 0,49; Impulsividad 0,84; Inseguridad social 0,80.

– *Instrumento de lazos parentales*. (Parental Bonding Instrument, PBI; Parker et al., 1979, adaptación de Vallejo et al., 2007). Es un cuestionario autoaplicado para medir dos dimensiones de las pautas de crianza: el Cuidado (entendido como preocupación contra indiferencia y rechazo) y la Sobreprotección (conductas contra los estímulos de independencia del hijo) que el hijo percibe en sus padres, referido a sus dieciséis primeros años de vida, aunque evalúa actitudes percibidas en la actualidad. Sobre la base de estos factores se construye una tipología de los vínculos parentales percibidos: 1. Óptimo (alto cuidado, baja sobreprotección); 2. Ausente o débil (bajo cuidado y baja sobreprotección); 3. Constreñido (alto cuidado y alta sobreprotección); 4. Control sin afecto (bajo cuidado y alta sobreprotección). En el presente estudio se tendrán en cuenta los factores en ambos progenitores. Este cuestionario consta de 25 ítems con cuatro opciones de respuesta (Muy de acuerdo, Acuerdo moderado, Desacuerdo moderado y Muy en desacuerdo), con puntuaciones de 0 a 3. Cada ítem debe ser contestado, en forma retrospectiva o actual, para el padre y para la madre. El coeficiente *alpha* de

Cronbach es de 0,89 en la dimensión de cuidado paterno y de 0,86 en el materno. En la dimensión de sobreprotección paterna se obtiene un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0,74 y en la de sobreprotección materna 0,81.

– *Inventario de ansiedad estado-rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger et al., 1970).* El objetivo de esta escala es medir dos conceptos independientes de ansiedad: ansiedad estado (condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo) y ansiedad rasgo (estable propensión ansiosa por la que difieren los participantes en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar su ansiedad Estado). Es un cuestionario autoadministrado que contiene dos escalas separadas con veinte ítems cada una y con cuatro opciones de respuesta por ítem (escala tipo Likert). En el análisis de fiabilidad realizado con la muestra de estudio se obtiene para ansiedad estado un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0,94 y para ansiedad rasgo 0,91.

– *Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Vard y Mendelson, 1961).* Cuestionario autoadministrado, formado por veintidós ítems con cuatro opciones de respuesta, que evalúa el grado de depresión. Proporciona una puntuación global que es la medida de severidad de la sintomatología depresiva. La validación factorial del BDI proporcionó una solución bifactorial (factor somático-motivacional y factor cognitivo) que, sin embargo, no han sido valorada en este estudio. El coeficiente *alpha* de Cronbach en el BDI total realizado con la muestra de estudio es de 0,78.

– *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. (Anxiety sensitivity index, ASI-3; Peterson y Reiss, 1992, versión española de Sandín et al., 1996; Sandín et al., 2004).* Cuestionario autoadministrado de dieciséis ítems evaluados según escala tipo Likert de cinco opciones. La puntuación total va de 0 a 64 y se obtiene de la suma total de las puntuaciones de cada ítem. El coeficiente *alpha* de Cronbach de la escala total de sensibilidad a la ansiedad obtenida es 0,94. En la subescala de sensibilidad a la ansiedad física 0,91; en la cognitiva 0,90 y en la social 0,83.

– *Inventario de asertividad de Rathus (Rathus Assertiveness Schedule, RAS; Rathus, 1973)*. Escala que mide el comportamiento social autoafirmativo del sujeto, o dicho de otro modo, la capacidad que tienen los participantes para defender sus derechos. El instrumento consta de treinta ítems y evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo del individuo con seis opciones de respuesta en cada ítem con una serie de situaciones ante las que debe manifestar comportamientos asertivos en mayor o menor medida. El coeficiente *alpha* de Cronbach en esta escala es de 0,84.

– *Escala de Alexitimia de Toronto (Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale, TAS-20; Bagby et al., 1994, adaptación española de Martínez-Sánchez, 1996)*. Es un cuestionario autoadministrado que consta de veinte preguntas con seis posibilidades de respuesta, que van desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” y que se puntúan entre 0 y 5. La estimación de cada una de las escalas se consigue mediante la suma simple de sus reactivos. Subescalas: dificultad para la discriminación de señales emocionales; dificultad en la expresión verbal de las emociones y pensamiento orientado hacia detalles externos. El coeficiente *alpha* de Cronbach indica un valor en la escala total de 0,84. Por su parte, el resultado en ese coeficiente es de 0,86 en la subescala que valora la dificultad para discriminar señalar emocionales, 0,70 en dificultad en la expresión verbal de las emociones y 0,54 en pensamiento orientado a detalles externos.

– *Cuestionario de Agresión (AQ; Buss y Perry, 1992, adaptación española de Andreu et al., 2002)*. Este cuestionario consta de 29 ítems y constituye una de las técnicas de auto-informe más avalada para la medición específica de dos tipos de agresión: la física y la verbal. Y también mide dos emociones relacionadas con la agresividad de los participantes: la ira y la hostilidad. Los 29 ítems están codificados en una escala tipo Likert de cinco puntos, y como se ha señalado se estructura en cuatro subcategorías: agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad. En el análisis estadístico realizado a través del coeficiente *alpha* de Cronbach en la escala de agresividad física es de 0,87; en agresividad verbal 0,70; en irascibilidad 0,75; y en hostilidad 0,78.

– *Escala de impulsividad de Plutchik* (Plutchik y Van Praag, 1989). Esta escala consta de quince ítems que se refieren a la tendencia del paciente a hacer cosas sin pensar o de forma impulsiva. Consta de cuatro subescalas: capacidad para planificar; control de los estados emocionales; control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales; y control de otras conductas. Se realiza el coeficiente *alpha* de Cronbach de cada una de las subescalas que valora la escala, siendo de 0,50 en la escala referida a la capacidad para planificar; 0,42 en la de control de estado emocionales; 0,42 en la de control de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales; y 0,56 en la de control de otras conductas.

– Perfil de Salud de Nottingham (*Nottingham Health Profile, NHP*; Hunt et al., 1981). Es un instrumento genérico para medir la calidad de vida mediante la evaluación de seis dimensiones de salud: dolor, energía, reacciones emocionales, movilidad física, sueño y aislamiento social; con una puntuación de 0 a 100, correspondiendo la puntuación más alta a una peor percepción de salud. El análisis a través del coeficiente *alpha* de Cronbach es de 0,93 en la escala total. Del mismo modo, se ha realizado el coeficiente *alpha* de Cronbach de cada una de las escalas que incluye, encontrando los siguientes resultados: Escala de movilidad 0,82; Dolor 0,90; Sueño 0,80; Aislamiento social 0,73; Reacciones emocionales 0,78; y en Energía 0,81.

– *Cuestionario de apoyo social DUKE-UNC-11* (DUFSS; Broadhead, Gehlbach, Degruy, y Kaplan, 1988; versión española de Bellón, S.A.; Delgado, A.; Luna, S. y Lardelli, P. 1996). El cuestionario DUFSS recoge la opinión sobre la disponibilidad de otras personas para ofrecer ayuda en las dificultades, habilidades en las relaciones sociales y comunicación empática y emotiva. Consta de once ítems que se contestan mediante una escala de 1 a 5 puntos, donde las puntuaciones altas representan un mayor apoyo social. La escala comprende a su vez dos subescalas: apoyo social confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y apoyo afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía), que no han sido incluidas en el presente estudio. El coeficiente *alpha* de Cronbach en este cuestionario es de 0,88.

– *Escala de autoestima de Rosenberg. (EAR; Rosenberg, 1965, adaptación española de Atienza et al., 2000).* Incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. El coeficiente *alpha* de Cronbach es 0,85.

7.5. Procedimiento

El Programa específico de trastornos de la conducta alimentaria se realiza desde el año 2005 en el Servicio de Psiquiatría (dispositivo de Interconsulta y Enlace) del Hospital General Universitario de Guadalajara.

El equipo psicoterapéutico ha elaborado un programa específico para esta patología desde un abordaje multidisciplinar, con una estrecha colaboración entre los distintos profesionales que tratan diferentes aspectos de este tipo de trastornos .

El hecho de que el programa se lleve a cabo en el ámbito hospitalario desde el dispositivo de Interconsulta y Enlace, y no en la Unidad de Salud Mental, es sobre todo para facilitar la coordinación con los profesionales que abordan los aspectos más médicos y de nutrición (Endocrino o especialistas en Medicina Interna) de esta patología psiquiátrica, además de tener la posibilidad de poder recurrir a exploraciones o pruebas urgentes en el servicio de urgencias (analíticas u otras exploraciones), así como tener acceso a las camas de hospitalización de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) sin necesidad de salir del hospital. Dado que todos los profesionales que forman parte de este programa (psicóloga clínica, psiquiatra, nutricionista y enfermera especialista en salud mental) trabajan en el hospital general, también tienen la posibilidad de seguir la evolución de los pacientes que precisan un ingreso hospitalario y así, poder coordinarse diariamente con los profesionales que atienden a los pacientes durante su ingreso.

Los pacientes son remitidos al programa por profesionales (psicólogos clínicos y/o psiquiatras) de cuatro dispositivos diferentes:

1. Unidad de Salud Mental (USM): desde Atención Primaria y ante la sospecha de un trastorno de la conducta alimentaria, los pacientes se derivan a la

USM (a las consultas generales de psiquiatría o de psicología clínica) y desde estos profesionales se remiten al programa específico.

2. Unidad de Hospitalización Breve (UHB): tras un ingreso hospitalario y considerando la indicación de remitir al paciente al programa ambulatorio.
3. Servicio de Urgencias hospitalario: siempre tras la valoración y consideración clínica del psiquiatra de guardia.
4. Centro de Especialidades para el Diagnóstico y Tratamiento de Azuqueca de Henares (CEDT): tras consulta con psiquiatra y/o psicólogo clínico.

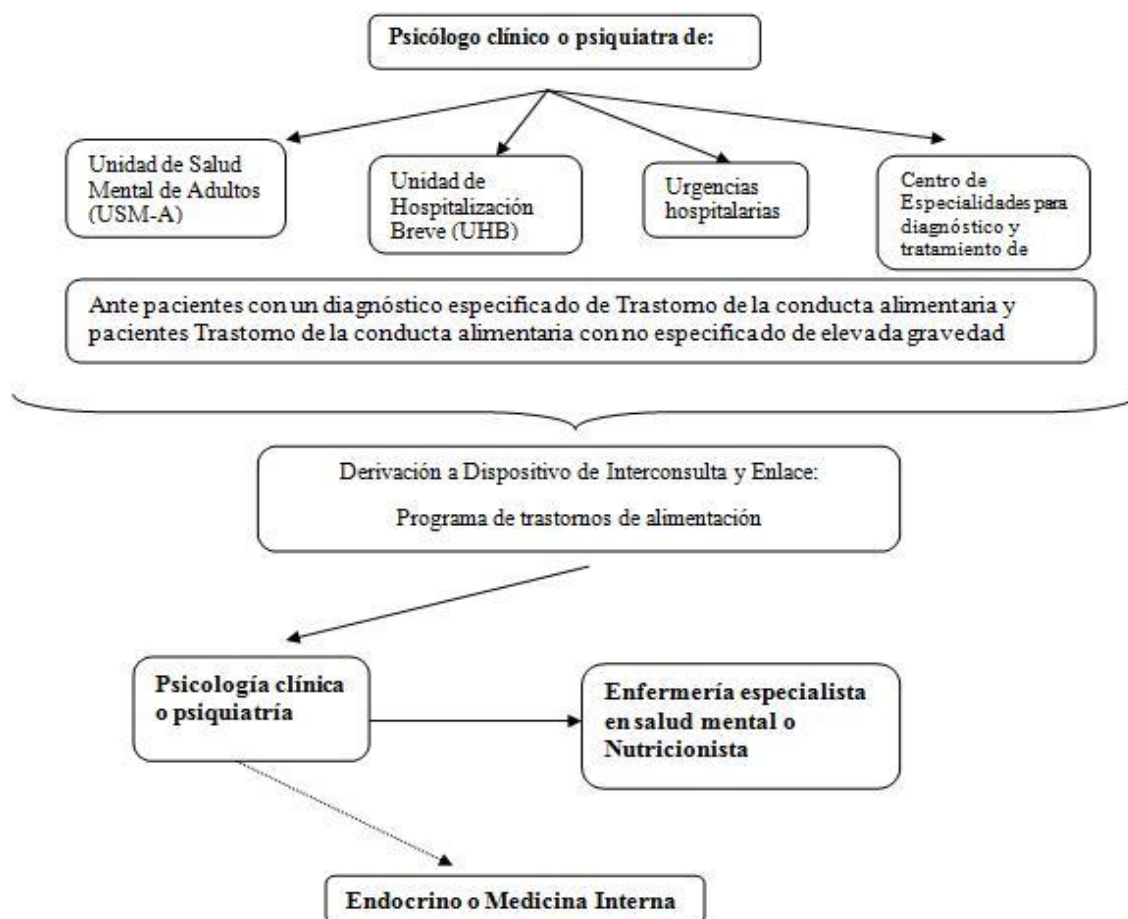
El hecho de hacer la derivación de la manera expuesta (es decir, una derivación interna del servicio) pretende no “colapsar” el programa de forma innecesaria con pacientes de diagnóstico dudoso, con el fin de “no ocupar” citas para pacientes que posteriormente no van a seguir en el programa.

De este modo, todos los pacientes que acuden al dispositivo específico de TCA son mayores de edad, con diagnóstico de TCA, a especificar por el profesional del dispositivo. El programa ha pasado por distintas fases con respecto a los criterios de inclusión de pacientes, en un inicio estaba abierto para todos los pacientes con diagnósticos TCA que requirieran tratamiento especializado. Sin embargo, el alto número de derivación motivó la necesidad de establecer criterios de inclusión más estrictos, de modo que en la actualidad solo acoge a pacientes con un diagnóstico especificado de TCA y pacientes con TCA no especificado de elevada gravedad.

El programa está constituido por tres pilares de tratamiento que abordan los diferentes aspectos de la enfermedad (nutricional, psiquiátrico y psicológico) y que, dada la estrecha coordinación entre las diferentes profesionales, se complementan entre sí, cubriendo diferentes aspectos.

Las primeras entrevistas a los pacientes una vez remitidos al programa se llevan a cabo, indistintamente, en las consultas de Psicología clínica o de Psiquiatría, comenzando en una de ellas el circuito y pasando después a la otra. Los individuos son derivados tras la primera intervención y diagnóstico preciso, o bien a la consulta de Enfermería, o bien a la consulta de Nutrición (pero no a ambas a la vez), remitidos siempre tras llevarse a cabo una valoración psiquiátrica. Por tanto, todos los pacientes tienen atención psiquiátrica, psicológica y nutricional (en una de las dos consultas mencionadas).

Figura 7.2. Diagrama de proceso de Programa de trastornos de la conducta alimentaria en Dispositivo de Interconsulta y Enlace.



7.6. Análisis estadístico

Todos los análisis estadísticos fueron realizados a través del programa estadístico SPSS 19.0. Se han utilizado diferentes procedimientos de análisis estadístico según cada uno de los objetivos del estudio. Primeramente, se determinaron los índices de fiabilidad a través del coeficiente *alpha* de Cronbach para cada una de las escalas y subescalas utilizadas en el estudio de análisis de variables clínicas.

En la primera parte, se utilizaron estadísticos descriptivos de tendencia central, con medias y desviaciones estándar de las diferentes variables estudiadas, así como el

uso de frecuencia y porcentajes, para analizar las variables sociodemográficas, otras variables clínicas relevantes y los acontecimientos vitales estresantes.

Se ha realizado una comparación entre los distintos grupos diagnósticos. En primer lugar, se ha llevado a cabo un análisis de varianza (ANOVA) de 1 factor, siendo el factor el grupo diagnóstico (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón) con cada una de las variables señaladas en el Diseño como variables dependientes. Para comprobar si los diferentes grupos diagnósticos son equiparables a nivel socio-demográfico, se llevaron a cabo pruebas *Chi-Cuadrado* de Pearson, así como análisis de varianza de 1 factor en el caso de las variables cuantitativas. Asimismo, para determinar entre qué grupos diagnósticos se dan mayores diferencias se utilizaron comparaciones post-hoc a través de la prueba de Bonferroni, mediante la que se determinó en qué grupos diagnósticos concretos se dan diferencias en el caso de que existan. Posteriormente se realizó este mismo análisis entre los subtipos diagnósticos. Es decir, se procedió a comprobar si los diferentes grupos según subtipos diagnósticos son equiparables a nivel socio-demográficos a través de pruebas *Chi-Cuadrado* de Pearson, y el análisis de varianza de 1 factor en el caso de variables cuantitativas; se realizó un ANOVA de 1 factor, siendo el factor el subtipo diagnóstico (anorexia nerviosa restrictiva, anorexia nerviosa compulsiva, bulimia nerviosa purgativa, bulimia nerviosa no purgativa y trastorno por atracón) con cada una de las variables señaladas en el Diseño como variables dependientes, y posteriormente se llevó a cabo un análisis sobre qué subtipos diagnósticos se dan mayores diferencias a través de comparaciones post-hoc con la prueba de Bonferroni.

Por otra parte, se realizó un análisis de conglomerados en dos fases, procedimiento estadístico que permite encontrar agrupaciones de participantes mediante la utilización de distintas variables. A través de esta técnica, se pretende que cada caso particular quede clasificado en una de las categorías o conglomerados resultantes del análisis. Las variables que se incluyeron en el análisis de conglomerados son las medidas especificadas en el apartado Diseño. La hipótesis de la que se partía era que existen tres conglomerados, tal y como apunta la investigación científica revisada, por lo que se en el análisis se marcó la opción de obtener tres conglomerados.

Una vez encontrados los distintos tipos de conglomerados o agrupación de pacientes, se realizó una ANOVA de 1 factor (siendo el factor el conglomerado de pertenencia)

para comprobar que efectivamente los grupos resultantes del análisis de conglomerados, difieren de manera significativa entre ellos en las variables utilizadas para hacer la tipología. También se utilizaron comparaciones post-hoc, a través de la prueba de Bonferroni, para determinar qué grupos concretos son los que difieren. Para finalizar con el análisis de los distintos tipos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, se llevó a cabo una prueba *Chi-Cuadrado* de Pearson para comprobar que los diferentes grupos resultantes del análisis de conglomerados son equiparables a nivel de variables socio-demográficas. Para comprobar que los grupos de conglomerados no difieren de manera significativa en la variable edad, se llevó a cabo un ANOVA de 1 factor (siendo el factor el conglomerado de pertenencia), al tratarse de una variable cuantitativa. Asimismo, se calculó el tamaño del efecto a través de la prueba η^2 , considerándose tamaños del efecto altos (entre 0,15 – 0,22), tamaños del efecto medios (entre 0,06 – 0,14) y tamaños del efecto bajos (entre 0,01 – 0,06).

Para el último objetivo de la presente investigación se utilizó la técnica del análisis discriminante. Esta es una técnica de análisis multivariante (Sharma, 1998; Hair, Anderson, Tatham, Black., 1999), en la que partiendo de un conjunto de elementos o individuos que pertenecen a diferentes grupos previamente establecidos, se trata de analizar la información relativa a una serie de variables independientes con un doble fin: explicativo y predictivo. La pertenencia de los elementos o individuos objeto de estudio a un grupo u otro se introduce en el análisis a través de una variable cualitativa que toma tantos valores como grupos existentes y juega el papel de variable dependiente. Por su parte, las variables independientes reciben el nombre de variables discriminantes o clasificadoras. La información que surge queda resumida en las denominadas funciones discriminantes, que son combinaciones lineales de las variables discriminantes. El propósito final de este análisis es construir un modelo que pueda ayudar a clasificar, a priori, a un individuo en el conglomerado 1, 2 o 3. Se consideran 3 grupos excluyentes en los que se clasifican las pacientes: uno donde están las participantes con un alto funcionamiento, es decir, han obtenido menores puntuaciones en las escalas patrones de personalidad; otro grupo de participantes sobrecontroladas, que obtienen mayores puntuaciones en los patrones de personalidad evitativo, depresivo, dependiente y autodestructivo, y por último, el grupo de subcontroladas donde se encuentran aquellas participantes con puntuaciones significativamente elevadas con respecto al grupo de alto funcionamiento en los patrones dependiente,

antisocial, agresivo, negativista y límite, así como en los acontecimientos vitales estresantes (infancia-adolescencia, edad adulta, año previo al inicio de síntomas y maltrato-abuso). Para el análisis se han realizado cinco áreas de agrupación de variables clasificadoras, y se ha analizado el modelo que mejor clasifica a las pacientes según la agrupación por conglomerados previa. Las áreas de agrupación han sido: el área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del EDI-2; el área de componente emocional, el área de componente conductual; el área de la autopercepción y el análisis global con las variables de las áreas.

Capítulo 8

Resultados

8.1. Descriptivos: variables clínicas relevantes

A continuación, se muestran los resultados descriptivos en relación a diversas variables clínicas relevantes analizadas en la muestra de este estudio.

Durante la entrevista se recogen el número y tipo de traslados que los pacientes han realizado a lo largo de su vida, cuyos resultados muestran que el 55,1 % (n=65) no ha realizado ningún tipo de traslado, mientras que el 44,9 % (n=53) sí lo ha tenido. La media de número de traslados es de 0,68 ($DT=1,06$), siendo el número máximo de traslados siete. En la Tabla 8.1 puede evidenciarse que el 71,7 % (n=38) ha realizado un traslado, el 18,9 % (n=10) ha tenido dos traslados, y el 9,4 % (n=5) ha realizado tres o más traslados. De estos traslados, el 64,2 % (n=34) eran traslados nacionales, frente al 35,8 % (n=19) que eran internacionales.

Tabla 8.1. Número y tipo de traslados de la muestra estudiada.

VARIABLE	SUBCATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRASLADOS		53	44,9 %
NÚMERO DE TRASLADOS	Uno	38	71,7 %
	Dos	10	18,5 %
	Tres o más	5	9,4 %
TIPO DE TRASLADO	Nacional	34	28,8 %
	Internacional	19	16,1 %

Con respecto al porcentaje de apoyo familiar percibido por el paciente, un 33,9 % (n=40) señala no percibir apoyo familiar con respecto a la sintomatología TCA, frente al 66,1 % (n=78) que señala sí percibir apoyo familiar. Cuando se le pregunta cuál es el familiar del que reciben ese apoyo señalan que procede en un 38,5 % (n=30) de la madre; en un 1,3 % (n=1) del padre; en un 6,4 % (n=5) de ambos progenitores por igual; en un 6,4 % (n=5) de hermano/a; en un 41 % (n=32) de la pareja y un 6,4 % (n=5) de los hijos. (Ver Tabla 8.2).

Tabla 8.2. Apoyo familiar percibido.

VARIABLE	SUBCATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
APOYO FAMILIAR PERCIBIDO		78	66,1 %
FAMILIAR DE APOYO	Madre	30	25,4 %
	Padre	1	0,8 %
	Padres	5	4,2 %
	Hermano/a	5	4,2 %
	Pareja	32	27,1 %
	Hijos	5	4,2 %

Se ha encontrado que el 66,1 % (n=78) de las mujeres incluidas en el estudio afirma usar Internet diariamente para temas relacionados con alimentación, frente al 33,9 % (n=40) que indica no hacerlo. La media de horas diarias de uso de Internet para búsquedas relacionadas con la alimentación es de 1,1 ($DT = 1,14$), siendo el máximo de 5 horas diarias y el mínimo de 0 horas.

Al analizar los tipos de diagnósticos de TCA de la muestra estudiada se encuentran los siguientes resultados: un 28 % (n= 33) de las pacientes tiene diagnóstico de anorexia nerviosa, un 50 % (n=59) de bulimia nerviosa y un 22 % (n=26) de trastorno por atracón. Al usar las especificaciones diagnósticas de los TCA se obtiene que un 18,6 (n= 22) en anorexia subtipo restrictivo y un 9,3 % (n=11) en anorexia subtipo purgativo/compulsivo; frente al 33,9% (n=40) en bulimia purgativa y el 16,1 % (n=19) en bulimia no purgativa; y el 22 % (n=26) en trastorno por atracón (según criterios DSM-IV-TR Apéndice B). (Ver Tabla 8.3).

Tabla 8.3. Especificaciones diagnósticas.

VARIABLE	SUBCATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO TCA CON SUBTIPOS	Anorexia restrictiva	22	18,6 %
	Anorexia compulsiva-purgativa	11	9,3 %
	Bulimia purgativa	40	33,9 %
	Bulimia no purgativa	19	16,1 %
	Trastorno por atracón	26	22,0 %

Según el tipo de conducta de compensación utilizado (ver Tabla 8.4), se ha encontrado la presencia de conductas purgativas (anorexia purgativa y bulimia purgativa), conductas restrictivas (anorexia restrictiva y bulimia no purgativa) y no realización de conductas purgativas (trastorno por atracón). Asimismo, se señala que el 34,7 % (n=51) realiza conductas purgantes, frente al 34,4 % (n=41) que realiza conductas restrictivas con respecto a la alimentación y el 22 % (n=26) que no realiza ninguna de estas conductas. El porcentaje de pacientes que realiza conductas purgativas (anorexia purgativa y bulimia purgativa) es de 55,4 % (n=51), frente al 44,6 % (n=41) que realiza conductas restrictivas o no purgativas (anorexia restrictiva y bulimia no purgativa).

Tabla 8.4. Conducta de compensación.

VARIABLE	SUBCATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONDUCTAS COMPENSATORIA	Purgantes	51	43,2 %
	Restrictivas	41	34,7 %
	No compensan	26	22,0 %
SUBTIPOS	Purgantes	51	55,43 %
	Restrictivas	41	44,57 %

Con respecto a otros diagnósticos del eje I del DSM-IV-TR además del TCA, encontramos que el 65,3 % (n= 77) solo tiene diagnóstico de TCA, frente al 34,7 %

(n=41) que cumple criterios diagnósticos para otro tipo de trastornos . De ellos el 27,1% (n=32) cumple criterios de algún tipo de trastorno del estado de ánimo ((16,1 %, n=19) para trastorno depresivo mayor, (0,8 % n=1) trastorno bipolar y (10,2 %, n=12) trastorno distímico), el 6,8 % (n= 8) padece algún tipo de trastorno de ansiedad ((1,7 %; n=2) trastorno de angustia con o sin agorafobia, (2,5 %, n=3) trastorno de ansiedad generalizada, (1,7 %, n=2) trastorno obsesivo compulsivo y (0,8, n=1) fobia social) y el (0,8 %, n=1) trastorno del control de los impulsos (tricotilomanía). Como diagnóstico en el eje II del DSM-IV-TR encontramos que el trastorno límite de la personalidad es el principal, con un 9,3 % (n=11), mientras que se obtiene el mismo porcentaje, un 1,7 % (n=2), tanto en el trastorno de la personalidad histriónico, como en el dependiente y en el evitativo. Sin cumplir criterios para el diagnóstico de trastorno de la personalidad, pero con rasgos disfuncionales de personalidad, se encuentra un 15,3 % (n=18). (Ver Tabla 8.5).

Tabla 8.5.Otros diagnósticos.

VARIABLE	SUBCATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO EJE I	No	77	65,3 %
	Trastorno de ánimo	32	27,1 %
	Trastorno de ansiedad	8	6,8 %
	Tricotilomanía	1	0,8 %
DIAGNÓSTICO EJE II	No	101	85,6 %
	TLP	11	9,3 %
	TP Histriónico	2	1,7 %
	TP Dependiente	2	1,7 %
	TP Evitativo	2	1,7 %
RASGOS DE PERSONALIDAD DESADAPTATIVOS		18	15,3 %

Por su parte, el 67,8 % (n=80) de las participantes en el estudio no tiene antecedentes familiares de TCA, frente al 32,2 % (n=38) que sí tiene antecedentes familiares con algún tipo de trastorno de la alimentación.

Se han recogido los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos previos, que quedan reflejados en la Tabla 8.6:

Un 39,8 % (n=47) ha recibido algún tipo de tratamiento de psicoterapia previo, frente al 60,2 % (n=71) que no ha recibido ningún tipo de tratamiento de este tipo. Con respecto a los pacientes que han recibido tratamiento de psicoterapia, el 65,9 % (n=31) refiere haber recibido tratamiento individual, un 6,4 % (n=3) ha recibido tratamiento grupal y un 27,6 % (n=13) ambos tipos de intervenciones. En cuanto al porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento psicofarmacológico previo, se ha encontrado que un 48,3 % (n=57) no recibió ningún tratamiento de este tipo, frente al 51,7 % (n=61) que sí lo hizo. La duración media del tratamiento de psicoterapia en meses es de 19,05 (DT=111,59) y la del tratamiento psiquiátrico previo en meses es de 21,89 (DT=112,23). Y por último, con respecto al tratamiento psicofarmacológico, el 77,1 % (91) estaba tomando algún tipo de psicofármaco en el momento de la valoración, frente al 22,9 % (n=27) que no lo hacía. A nivel global, se señala que el 74,6 % (n=88) se encontraba tomando antidepresivos, el 50,8 % (n=60) ansiolíticos, el 0,8 % (n=1) estabilizadores del ánimo, el 0,8 (n=1) neurolépticos y el 0,8 (n=1) otro tipo de psicofármaco.

Tabla 8.6. Tratamientos previos.

VARIABLE	SUBCATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRATAMIENTO PSICOTERAPIA PREVIO		47	39,8 %
TIPO TRATAMIENTO PSICOTERAPIA PREVIO	Individual	31	65,9 %
	Grupal	3	6,4 %
	Ambas	13	27,6 %
TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO PREVIO		61	51,7 %
CONSUMO PSICOFÁRMACOS		91	77,1 %

8.2. Acontecimientos vitales estresantes según los criterios de agrupación del eje IV del DSM-IV-TR

8.2.1. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en infancia-adolescencia

Siguiendo los criterios del eje IV del DSM-IV, problemas psicosociales y ambientales (American Psychiatric Association, 2001), para llevar a cabo la agrupación de los acontecimientos vitales informados por los pacientes, se encuentra que el 84,7 % (n=100) informa de algún acontecimiento vital estresante (AVE) en la infancia y adolescencia categorizable según los criterios señalados, frente al 15,3 % (n=18) que no informa de ningún AVE en esa etapa vital. Dentro de este periodo de edad, no se han tenido en cuenta los AVE referentes a problemas laborales, ya que no se ha informado de ninguno de estos acontecimientos dada la edad de recogida de información.

A continuación, se detalla cada una de las categorías en las que se agrupan los AVE, así como los resultados encontrados en la muestra analizada. Toda la información queda recogida a modo de resumen en la Tabla 8.7.

- Los problemas relativos al grupo primario de apoyo incluyen: fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos y nacimiento de un hermano. Se encuentra que un 76,27 % (n=90) de la muestra informa de este tipo de AVE en la infancia-adolescencia, frente al 23,73 % (n=28) que no lo señala.

- Los problemas relativos al ambiente social hacen referencia a: fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación y adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (como la jubilación). En este sentido, se encuentra que el 18,64 % (n=22) refiere haber sufrido dificultades de esta índole, frente al 81,36 % (n=96) que no lo indica.

- Los problemas relativos a la enseñanza son: analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase y el ambiente escolar

inadecuado. El 33,9 % (n=40) refiere haber sufrido problemas relativos a la enseñanza en la infancia-adolescencia, frente al 66,10 % (n=78) que no lo refiere.

- Los problemas de vivienda hacen referencia a falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindario insalubre y conflictos de vecinos o propietarios. Los datos indican que tan solo el 0,85 % (n=1) refiere problemas de este tipo, frente al 99,15 % (n=117) que no lo indica.

- Los problemas económicos agrupan: pobreza extrema, economía insuficiente y ayudas socioeconómicas insuficientes. El 5,08 % de la muestra (n=6) refiere alguno de estos acontecimientos, frente al 94,92 % (n=11) que no lo refiere.

- Los problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria incluyen: servicios médicos inadecuados, falta de transportes a los servicios asistenciales y seguro médico inadecuado. Ningún participante informa de este tipo de AVE en la infancia-adolescencia.

- Los problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen hacen referencia a: arrestos, encarcelamiento, juicios o ser víctima de acto criminal. Ningún participante informa de este tipo de AVE en la infancia-adolescencia.

- La última categoría de AVE que se incluye se denomina *Otros problemas psicosociales y ambientales*, donde se encuentra la exposición a desastres, guerras u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales o médicos y ausencia de centros de servicios sociales. Ningún participante informa de este tipo de AVE en la infancia-adolescencia.

Tabla 8.7. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en infancia-adolescencia.

ACONTECIMIENTO	PORCENTAJE
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	76,27 % (n=90)
Problemas relativos al ambiente social	18,64 % (n=22)
Problemas relativos a la enseñanza	33,9 % (n=40)
Problemas de vivienda	0,85 % (n=1)
Problemas económicos	5,08 % (n=6)
Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria	0 % (n=0)
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen	0 % (n=0)
Otros problemas psicosociales y ambientales	0 % (n=0)

8.2.2. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en la edad adulta

Siguiendo los criterios señalados para el análisis de los AVE acontecidos en la edad adulta, se encuentra que el 69,5 % (n=82) informa de algún AVE en la edad adulta categorizable por los criterios señalados, frente al 30,5 % (n=36) que no informa de ningún AVE en esa etapa vital. Todos los datos quedan resumidos en la Tabla 8.8.

- Como ya se ha dicho anteriormente, dentro de los problemas relativos al grupo primario de apoyo se encuentran: fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos y nacimiento de un hermano. Se observa que un 65,25 % (n=77) de la muestra informa de este tipo de AVE en edad adulta, frente al 34,75 % (n=41) que no lo hace.

- En lo que respecta a los problemas relativos al ambiente social, en los que se incluyen: fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación y adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación); se puede observar que el 89,83 % (n=106) presenta dificultades de esta índole, frente al 10,17 % (n=12) que no las presenta.

- Bajo la denominación de *problemas relativos a la enseñanza*, como se ha mostrado en el periodo anterior, se encuentran: analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase y el ambiente escolar inadecuado. Se advierte que del total, el 94,92 % (n=112) presenta problemas relativos a la enseñanza, a diferencia del 5,08 % (n=6) que no los presenta.

- Los problemas laborales incluyen desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo y conflicto con el jefe o los compañeros de trabajo. Una vez analizada la totalidad de la muestra, se contempla que el 94,92 % (n=112) no presenta problemas de esta índole, frente al 5,08 % (n=6) que sí los refiere.

- Los problemas de vivienda son: falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindario insalubre y conflictos de vecinos o propietarios. En este caso, se ha podido percibir que el 100 % (n=118) refiere problemas de este tipo.

- Los problemas económicos hacen referencia a: la pobreza extrema, la economía insuficiente y las ayudas socioeconómicas insuficientes. Atendiendo al análisis realizado, se observa que el 94,07 % (n=111) refiere alguno de estos problemas, frente al 5,93 % (n=7) que no lo refiere.

- Los problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria son: servicios médicos inadecuados, falta de transportes a los servicios asistenciales y seguro médico inadecuado. El 100 % (n=118) de las participantes carece de este tipo de AVE en la edad adulta.

- Los problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen incluyen: arrestos, encarcelamiento, juicios o ser víctima de acto criminal. Como se puede haber contemplado en el análisis, se concluye que ningún participante informa de este tipo de AVE en la edad adulta.

Tabla 8.8. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en la edad adulta.

ACONTECIMIENTO	PORCENTAJE
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	65,25 % (n=77)
Problemas relativos al ambiente social	89,83 % (n=106)
Problemas relativos a la enseñanza	94,92 % (n=112)
Problemas laborales	94,92 % (n=112)
Problemas de vivienda	100 % (n=118)
Problemas económicos	94,07 % (n=111)
Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria	0 % (n= 0)
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen	0 % (n= 0)

8.2.3. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en año previo al inicio de sintomatología TCA

Según los criterios señalados para el análisis de los AVE acontecidos en el año previo a la aparición de la sintomatología TCA, se obtiene que el 81,4 % (n=96) informa de algún AVE en ese año previo categorizable por los criterios del eje IV del DSM-IV-TR, frente al 18,6 % (n=22) que no informa de ningún AVE en esa etapa vital. De nuevo, se pueden visualizar los datos en la Tabla resumen 8.9.

- En lo que respecta a los problemas relativos al grupo primario en el año previo a los síntomas y que hacen referencia a: fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos y nacimiento de un hermano; se encuentra que el 65,25 % (n=77) de los participantes informa de este tipo de AVE, mientras que el 34,75 % (n=41) no lo hace.

- Los problemas relativos al ambiente social incluyen: fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación y adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación). Se encuentra que el 85,59 % (n=101) no refiere haber sufrido problemas de este tipo, frente al 14,41 % (n=17) que sí los presenta.

- Los problemas relativos a la enseñanza hacen referencia a: analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase y el ambiente escolar inadecuado. El 78 % (n=90) de los participantes no refiere estos problemas, mientras que el 22 % (n=25) sí.

- En cuanto a los problemas laborales en el año previo a los síntomas, en los que se agrupan desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo y conflicto con el jefe o los compañeros de trabajo; se aprecia que el 95,76 % (n=113) de los participantes no presenta problemas de este tipo, mientras que el porcentaje más bajo, un 4,24 % (n=5), sí los presenta.

- Los problemas de vivienda incluyen: falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindario insalubre y conflictos de vecinos o propietarios. Se ha advertido que el 99,15% (n=117) no refiere este tipo de problemas, mientras que el 0,85 % (n=1) de los participantes sí lo refiere.

- Bajo la denominación de *problemas económicos* se agrupan la pobreza extrema, la economía insuficiente y las ayudas socioeconómicas insuficientes. De acuerdo a esto, los datos muestran que el 93,22 % (n=110) no refiere ninguno de estos problemas, frente al 6,78 % (n=8) que lo refiere.

- En cuanto a los problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, que incluyen servicios médicos inadecuados, falta de transportes a los servicios asistenciales y seguro médico inadecuado; los datos muestran que solo el 0,85 % (n=1) de los participantes presenta problemas de esta índole en el año previo a la aparición de síntomas.

- Los problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen hacen referencia a: arrestos, encarcelamiento, juicios o ser víctima de acto criminal. Como se puede apreciar a continuación, ningún participante informa de este tipo de AVE en el año previo a los síntomas.

Tabla 8.9. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en el año previo al inicio de sintomatología.

ACONTECIMIENTO	PORCENTAJE
Problemas relativos al grupo primario	65,25 % (n=77)
Problemas relativos al ambiente social	14,41 % (n=17)
Problemas relativos a la enseñanza	22 % (n=25)
Problemas laborales	4,24 % (n=5)
Problemas de vivienda	0,85 % (n=1)
Problemas económicos	6,78 % (n=8)
Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria	0,85 % (N=1)
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen	0 % (N=0)

8.3. Diferencias entre los tres grupos diagnósticos (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno no especificado por atracón) en variables clínicas

Se procede a analizar cada una de las variables estudiadas en los distintos grandes grupos de diagnóstico: anorexia nerviosa representada por un 28 % (n=33) de los participantes, bulimia nerviosa con un 50 % (n=59) y trastorno por atracón con un 22 % (n=26). Antes de realizar el análisis, se ha estudiado la posible influencia de la variable edad, con ello el objetivo era poder determinar si existían diferencias significativas entre los grupos a estudio en dicha variable. Los resultados del ANOVA de un factor señalan que no existen diferencias significativas entre los grupos y la edad ($F_{(2, 115)} = 2,57$; $p = 0,081$) (Véase Tabla 8.10).

Tabla 8.10. Diferencias en la variable edad en función de los grupos diagnósticos.

	DIAGNÓSTICO				Bonferroni
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	
EDAD	30±9,15	31,27±10,29	35,73±10,78	2,57 n.s.	

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$.

En las siguientes tablas (Tabla 8.10; Tabla 8.11; Tabla 8.12) se muestran los resultados obtenidos al analizar las diferencias entre los tres grupos diagnósticos y las variables clínicas estudiadas. Para una mejor visualización y comprensión de los resultados se ha procedido a la presentación en tablas desglosadas por áreas de variables analizadas:

8.3.1. Área de patrones de personalidad y trastornos clínicos según el Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) según el grupo diagnóstico

Con respecto a los patrones de personalidad, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el patrón evitativo ($F_{(2,115)} = 3,57$, $p<.05$) y en el patrón histriónico ($F_{(2,115)} = 4,75$, $p<.01$). Analizando las puntuaciones entre los tres grupos diagnósticos, a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que solo existen diferencias significativas en patrón evitativo entre el grupo 1 (anorexia nerviosa) y el 3 (trastorno por atracón) (13,79 vs. 10,23, $p<.05$), y entre el grupo 3 (trastorno por atracón) y el 1 (anorexia nerviosa) (13,00 vs. 9,27, $p<.05$) (véase Tabla 8.11).

Tabla 8.11. Diferencias en patrones de personalidad y trastornos clínicos según el Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) en función de los tres grupos.

	DIAGNÓSTICOS				
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	Bonferroni
Patrón esquizoide	11,09±4,98	10,17±4,85	9,38±6,18	0,80	
Patrón evitativo	13,79±5,86	10,98±5,27	10,23±6,27	3,57*	1>3*
Patrón depresivo	13,55±5,58	13,24±5,18	10,96±5,88	1,98	
Patrón dependiente	11,97±5,04	11,85±5,00	12,35±6,54	0,08	
Patrón histriónico	9,27±5,03	11,20±4,18	13,00±5,12	4,75**	1<3*
Patrón narcisista	7,88±4,58	8,95±4,02	9,50±4,90	1,09	
Patrón antisocial	6,94±3,95	8,51±4,23	8,35±4,21	1,61	
Patrón agresivo	10,33±4,47	11,71±5,52	9,54±5,32	1,80	
Patrón compulsivo	14,21±4,39	12,54±4,16	13,65±4,06	1,82	
Patrón negativista	13,42±3,83	13,47±4,74	13,85±5,77	0,07	
Patrón autodestructivo	10,64±5,55	10,29±5,43	10,23±6,48	0,05	
Patrón esquizotípico	10,88±6,04	9,29±5,49	10,08±6,95	0,76	
Patrón límite	11,45±4,54	12,03±0,97	13,08±5,83	0,62	
Patrón paranoide	11,45±4,54	12,03±5,97	13,08±5,83	0,37	
Trastorno de ansiedad	9,58±5,32	10,32±5,90	10,81±5,13	0,94	
Trastornos somatomorfo	10,52±4,00	10,78±4,55	9,38±4,34	0,01	
Trastorno bipolar	8,30±4,64	8,39±4,59	8,23±4,70	0,35	
Trastorno distímico	8,00±3,09	8,61±4,32	8,08±3,19	0,25	
Dependencia Alcohol	11,58±6,30	11,69±5,53	10,69±7,11	2,75	
Dependencia Sustancias	2,88±2,42	4,08±2,69	3,54±2,75	2,24	
Trastorno de estrés postraumático	9,58±5,09	10,02±5,39	8,31±6,18	0,89	
Trastorno del pensamiento	12,21±5,50	11,56±5,41	10,27±6,18	0,89	
Depresión mayor	11,36±6,04	11,31±6,01	10,31±7,36	0,26	
Trastorno delirante	2,67±2,19	2,97±2,72	3,31±2,69	0,45	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del MCMI-III = Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III.

8.3.2. Área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) según el grupo diagnóstico

Entre la variables valoradas por el EDI-2 se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala bulimia ($F_{(2, 115)} = 10,65$; $p<.001$), y en la escala insatisfacción corporal ($F_{(2, 115)} = 7,3$, $p<.001$). Las comparaciones múltiples post-hoc (Bonferroni), señalan que dichas diferencias se encuentran en la escala bulimia entre el grupo 3 (trastorno por atracón) y el grupo 1 (anorexia nerviosa) (9,04 vs. 3,52; $p<.001$) y entre el grupo 2 (bulimia nerviosa) y el grupo 1 (anorexia nerviosa) (8,12 vs.

3,52; $p<.001$). En la escala de insatisfacción corporal la diferencia se encuentra entre el grupo 3 (trastorno por atracón) y el 1 (anorexia nerviosa) (20,81 vs.14,18; $p<.001$). (Ver Tabla 8.12).

Tabla 8.12. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) en función de los grupos diagnósticos.

	DIAGNÓSTICOS				Bonferroni
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	
Escala Obsesión por la delgadez	15,55±3,89	16,54±3,36	14,58±3,86	2,87	
Escala Bulimia	3,52±4,58	8,12±5,23	9,04±5,96	10,65***	1<3*** 1<2***
Escala Insatisfacción corporal	4,18±6,61	17,49±6,80	20,81±6,28	7,30***	1<3***
Escala Ineficacia	11,94±6,54	10,71±5,78	10,42±7,87	0,51	
Escala Perfeccionismo	7,52±4,49	6,41±4,08	4,85±4,22	2,90	
Escala Desconfianza	8,06±4,60	5,98±4,03	5,65±5,18	2,88	
Escala Conciencia	10,97±6,69	12,19±6,24	11,50±7,33	0,37	
Escala Miedo madurez	8,27±5,31	6,98±4,34	6,81±3,72	1,07	
Escala Ascetismo	7,35±3,33	6,66±3,78	7,65±4,34	0,74	
Escala Impulsividad	6,88±5,86	8,59±6,42	8,69±6,89	0,89	
Escala Inseguridad social	9,85±5,46	7,81±5,07	8,42±5,29	1,61	

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del EDI-2 = Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria.

8.3.3. Área de variables con componente emocional según el grupo diagnóstico

En este apartado se presentan los datos en relación a las siguientes variables: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad.

Tabla 8.13. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de ansiedad estado-rasgo (STAI) en función del grupo diagnóstico.

	DIAGNÓSTICOS				Bonferroni
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	
Ansiedad Estado	33,79±13,92	34,59±13,56	31,96±13,28	0,34	
Ansiedad Rasgo	3,79±12,19	38,93±11,42	36,73±13,75	0,48	

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del STAI = Escala de ansiedad estado-rasgo.

Como puede observarse en la Tabla 8.13 no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dos subescalas valoradas a través de la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Tabla. 8.14. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de depresión de Beck (BDI) en función del grupo diagnóstico.

	DIAGNÓSTICOS				Bonferroni
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	
Total	25,52±9,35	22,68±8,83	23,44±8,50	1,08	

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. BDI = Inventario de depresión de Beck. Total = subescala de Depresión total del Inventario de depresión de Beck (BDI).

Como puede observarse en la Tabla 8.14 no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala de depresión total obtenida a través del Inventario de depresión de Beck (BDI).

Tabla 8.15. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3) en función del grupo diagnóstico.

	DIAGNÓSTICOS				Bonferroni
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	
Total	34,58±19,11	30,28±17,69	34,69±17,74	0,85	
Ansiedad Física	10,82±7,08	9,85±7,16	12,69±7,26	1,43	
Ansiedad Cognitiva	11,24±7,78	9,46±6,80	9,69±7,05	0,69	
Ansiedad Social	12,52±6,69	11,10±6,35	12,29±5,44	0,66	

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del ASI-3 = Inventario de sensibilidad a la ansiedad.

En el Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3), no se hallan diferencias significativas entre los tres grupos diagnósticos en ninguna de sus subescalas, tal y como queda reflejado en la Tabla 8.15.

8.3.4. Área de variables con componente conductual según el grupo diagnóstico

En este apartado se presentan los datos en relación con las siguientes variables: asertividad total, alexitimia señales, alexitimia verbal, alexitimia detalles, agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira, agresividad hostilidad, impulsividad planificación, impulsividad emoción, impulsividad conducta e impulsividad otras.

Tabla 8.16. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS) en función del grupo diagnóstico

	DIAGNÓSTICOS				Bonferroni
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	
Total	-10,25±31,07	-11,51±25,93	-13,91±27,91	0,13	

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. RAS = Escala de Asertividad de Rathus. Total = escala de asertividad total de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS).

Como puede observarse en la Tabla 8.16 no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la Escala de Asertividad de Rathus (RAS).

Tabla 8.17. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en función del grupo diagnóstico.

	DIAGNÓSTICOS				Bonferroni
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	
Total	57,05±17,92	49,89±15,38	56,75±14,39	2,88	
Escala Señales	21,91±9,68	19,92±8,14	22,79±7,97	1,21	
Escala Verbal	16,93±5,98	15,10±5,27	16,14±5,68	1,19	
Escala Detalles	18,24±6,83	14,86±5,32	17,82±5,54	4,47	

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto.

La Tabla 8.17 muestra que no han hallado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).

Tabla 8.18. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Cuestionario de Agresión (AQ) en función del grupo diagnóstico.

	DIAGNÓSTICOS				Bonferroni
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	
Agresión Física	2,10±0,75	2,19±0,92	2,27±0,98	0,29	
Agresión Verbal	2,55±0,72	2,71±0,82	2,81±0,77	0,88	
Irascibilidad	3,15±0,77	3,08±0,78	3,05±0,80	0,15	
Hostilidad	3,24±0,67	3,11±0,83	3,31±0,73	0,67	

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del AQ = Cuestionario de Agresión.

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos diagnósticos en las subescalas del Cuestionario de Agresión (AQ), como puede apreciarse en la Tabla 8.18.

Tabla 8.19. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de impulsividad de Plutchnik (IE) en función del grupo diagnóstico.

	DIAGNÓSTICOS				
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	Bonferroni
Total	16,30±5,82	19,25±7,48	20,38±7,39	2,84	
Escala Planificación	3,27±2,02	3,86±2,05	4,42±1,42	2,64	
Escala Emociones	4,33±1,95	4,86±2,00	4,96±1,64	1,04	
Escala Conductas	2,21±1,78	2,95±1,70	3,96±1,91	7,13	
Otras	6,91±2,99	7,66±3,97	7,31±4,15	0,43	

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del EI = Escala de impulsividad de Plutchnik.

Como puede observarse en la Tabla 8.19 no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas de la Escala de impulsividad de Plutchnik (EI).

8.3.5. Área de variables de autopercepción según el grupo diagnóstico

En este apartado se presentan los datos de las siguientes variables: escala de movilidad del NHP, escala dolor del NHP, escala de sueño del NHP, escala de aislamiento del NHP, escala de respuesta emocional del NHP, escala de energía del NHP, escala de percepción de apoyo social y autoestima total del EAR, y escala de cuidado total paterno del PBI, escala de sobreprotección total paterna del PBI, escala de cuidado total materno del PBI y escala de sobreprotección total materna del PBI.

Tabla. 8.20. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Perfil de Salud de Nottingham (NHP) en función del grupo diagnóstico.

	DIAGNÓSTICOS				
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	Bonferroni
Total	13,94±7,02	13,46±8,33	16,92±11,97	1,40	
Escala de Movilidad	1,36±1,65	1,51±1,92	2,96±2,60	3,98**	3>1** 3>2**
Escala Dolor	1,45±1,80	1,66±2,56	3,15±3,15	3,98**	3>1* 3>2*
Escala Sueño	2,03±1,83	2,41±1,79	2,08±1,94	0,56	
Escala Aislamiento	2,24±1,70	2,00±1,62	2,15±1,78	0,24	
Escala Respuesta Emocional	5,36±2,47	4,71±2,50	4,81±3,05	0,68	
Escala Energía	1,48±1,28	1,17±1,23	1,65±1,29	1,54	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del NHP = Perfil de Salud de Nottingham.

En el Nottingham Health Profile (NHP) (ver Tabla 8.20) se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala movilidad ($F_{(2,115)}=3,98$, $p<.01$) y en la escala dolor ($F_{(2,115)}=3,98$, $p<.01$). A través de las comparaciones post-hoc (Bonferroni), observamos que solo existen diferencias significativas en la escala movilidad entre el grupo 3 (trastorno por atracón) y el 1 (anorexia nerviosa) (2,96 vs. 1,36; $p<.01$), y entre el 3 (trastorno por atracón) y el 2 (bulimia nerviosa) (2,96 vs. 1,51; $p<.01$). Del mismo modo, en la escala dolor las diferencias se producen entre el grupo 3 (trastorno por atracón) y el 1 (anorexia nerviosa) (3,15 vs. 1,45; $p<.05$); y entre el 3 (trastorno por atracón) y el 2 (bulimia nerviosa) (3,15 vs. 1,66; $p<.05$).

Tabla 8.21. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales (DUFSS) en función del grupo diagnóstico.

	DIAGNÓSTICOS				
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	Bonferroni
Total	37,30±13,27	36,12±12,26	31,53±11,66	1,75	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. DUFSS = Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales. Total = subescala de Apoyo social total del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales (DUFSS).

Como puede observarse en la Tabla 8.21, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales (DUFSS) entre los tres grupos diagnósticos.

Tabla 8.22. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR) en función del grupo diagnóstico.

	DIAGNÓSTICOS				Bonferroni
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	
Total	23,55±5,63	23,73±6,81	22,06±6,00	0,68	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. *p<.05; **p<.01; ***p<.001. EAR = Escala de autoestima de Rosenberg. Total = escala de Autoestima total de la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR).

La Tabla 8.22. muestra que no se hallan diferencias estadísticamente significativas en la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR) entre los tres grupos diagnósticos.

Tabla 8.23. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Instrumento de lazos parentales (PBI) en función del grupo diagnóstico.

	DIAGNÓSTICOS				Bonferroni
	Anorexia Nerviosa G1 (n=33)	Bulimia Nerviosa G2 (n=59)	Trastorno por atracón G3 (n=26)	F (2, 115)	
Cuidado total paterno	18,91±6,45	20,07±7,77	21,23±7,74	0,72	
Sobreprotección total paterna	18,09±8,66	14,17±7,18	13,96±6,98	3,29	
Cuidado total materno	25,24±7,05	24,02±8,69	24,42±6,26	0,26	
Sobreprotección total materna	16,70±7,92	17,08±8,00	18,56±7,41	0,47	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. *p<.05; **p<.01; ***p<.001. Todas las filas se refieren a las subescalas del PBI = Instrumento de lazos parentales.

Como puede observarse en la Tabla 8.23, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas valoradas a través del Instrumento de lazos parentales (PBI).

8.4. Diferencias entre los cinco subtipos diagnósticos (anorexia nerviosa restrictiva, anorexia nerviosa compulsivo/purgativa, bulimia nerviosa purgativa, bulimia nerviosa no purgativa y trastorno no especificado por atracón) en variables clínicas

A continuación, se va a proceder a realizar un análisis sobre las diferencias en las variables clínicas analizadas, pero teniendo en cuenta una agrupación diagnóstica diferente a la utilizada en el análisis previo. Es decir, se van a analizar las diferencias entre los cinco grupos resultantes al tener en cuenta los subtipos diagnósticos según los criterios DSM-IV-TR. Pero antes de comenzar con el análisis de cada una de las variables estudiadas en los distintos subtipos de diagnóstico (anorexia nerviosa restrictiva (ANR), anorexia nerviosa compulsivo/purgativa (ANC), bulimia nerviosa purgativa (BNP), bulimia nerviosa no purgativa (BNNP) y trastorno no especificado por atracón (TA)) se ha estudiado la posible influencia de la variable edad. El objetivo era poder determinar si existían diferencias significativas entre los grupos de estudio en dicha variable. Los resultados del ANOVA de un factor señalan que no existen diferencias significativas entre los grupos y la edad ($p=0,28 > 0.05$) (véase Tabla 8.24)

Tabla 8.24. Diferencias en edad en función del subgrupo diagnóstico.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS					<i>F</i> (4, 113)	Bonfe- rroni
	AN. R (n=22)	AN. C (n=11)	BL. P (n=40)	BL. NP (n=19)	TA (n=26)		
EDAD	29,82±10,1	30,36±7,31	31,10±10,57	31,63±9,92	35,73±10,78	1,28 n.s.	0,28>0,05

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Al igual que en el apartado previo, para una mejor visualización y comprensión de los datos se ha procedido a su presentación a través de tablas y se han agrupado los resultados según áreas de variables.

8.4.1. Área de patrones de personalidad y trastornos clínicos según el Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) según el subtipo diagnóstico

Como se puede observar en la siguiente tabla (ver Tabla 8.25), en relación con los patrones de personalidad, se observó un efecto estadísticamente significativo únicamente en la subescala: patrón evitativo ($F_{(4, 113)} = 3,86, p < .05$). Mientras que en lo que respecta a los síndromes clínicos, no se aprecia un efecto estadísticamente significativo en ninguna de las subescalas.

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observa que las diferencias existentes en las variables del MCMI-III serían: en el patrón evitativo entre el grupo de anorexia compulsiva y el de bulimia no purgativa (16,18 vs. 8,68, $p < .05$), así como entre el grupo de anorexia compulsiva y el de trastorno por atracón (16,18 vs. 10,23, $p < .05$).

Tabla 8.25. Diferencias en patrones de personalidad valorados a través del Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) en función de los subgrupos diagnósticos.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS					<i>F</i> (4, 113)	Bonferroni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)		
Patrón esquizoide	10,86±4,77	11,55±5,57	10,78±4,78	8,89±4,86	9,38±6,18	0,85	
Patrón evitativo	12,59±5,77	16,18±5,51	12,08±5,29	8,68±4,55	10,23±6,27	3,86	2>4* 2>5*
Patrón depresivo	12,09±5,76	16,45±4,01	13,55±5,22	12,58±5,16	10,96±5,88	2,33	
Patrón dependiente	11,41±5,23	13,09±4,68	12,68±5,03	10,11±4,57	12,35±6,54	0,97	
Patrón histriónico	9,68±4,26	8,45±6,46	10,80±4,12	12,05±4,29	13,00±5,12	2,72	
Patrón narcisista	8,82±4,59	6,00±4,12	8,33±4,12	10,26±3,57	9,50±4,90	2,00	
Patrón antisocial	6,64±3,57	7,55±4,76	8,48±4,24	8,58±4,32	8,35±4,21	0,88	
Patrón agresivo	9,68±4,09	11,64±5,10	11,73±5,49	11,68±5,74	9,54±5,32	1,15	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del MCMI-III = Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Tabla 8.25. (Continuación). Diferencias en patrones de personalidad valorados a través del Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) en función de los subgrupos diagnósticos.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS						Bonfe- rroni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)	F (4, 113)	
Patrón compulsivo	14,59±4,25	13,45±4,76	12,98±3,93	11,63±4,60	13,65±4,06	1,38	
Patrón negativista	12,77±4,01	14,73±3,23	13,55±4,92	13,32±4,45	13,85±5,77	0,35	
Patrón autodes- tructivo	9,64±5,61	12,64±5,08	10,80±5,00	9,21±6,25	10,23±6,48	0,79	
Patrón esquizo- típico	9,27±6,05	14,09±4,76	9,53±5,64	8,79±5,28	10,08±6,95	1,66	
Patrón límite	10,23±4,61	13,91±3,39	12,63±5,99	10,79±5,89	13,08±5,83	1,50	
Patrón paranoide	9,64±5,57	9,45±5,05	10,70±6,15	9,53±5,42	10,81±5,13	0,33	
Trastorno de ansiedad	10,45±4,48	10,64±3,01	11,03±4,71	10,26±4,24	9,38±4,34	0,57	
Trastornos somato- morfo	7,77±5,03	9,36±3,72	8,85±4,86	7,42±3,90	8,23±4,70	0,53	
Trastorno bipolar	8,23±3,42	7,55±2,38	8,68±4,45	8,47±4,13	8,08±3,19	0,24	
Trastorno distímico	10,19±6,36	14,36±5,41	12,50±5,45	10,00±5,43	10,69±7,11	1,57	
Dependenci a del alcohol	4,23±2,45	4,64±2,38	5,38±2,10	5,68±2,45	5,46±2,40	1,47	
Dependen- cia de sustancias	2,59±1,82	3,45±3,36	4,00±2,65	4,26±2,84	3,54±2,75	1,34	
Trastorno de estrés postraumá- tico	8,50±5,65	11,73±2,83	10,23±5,56	9,58±5,10	8,30±6,18	1,13	
Trastorno del pensa- miento	10,77±5,70	15,09±3,86	11,75±5,43	11,16±5,48	10,27±6,18	1,60	
Depresión mayor	10,59±6,50	12,90±4,89	11,78±6,00	10,32±6,08	10,31±7,36	0,55	
Trastorno delirante	2,91±2,47	2,18±1,47	2,85±2,78	3,21±2,66	3,31±2,69	0,43	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del MCMI-III = Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

8.4.2. Área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) según el subtipo diagnósticos

Como se puede observar en la Tabla 8.26, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del EDI-2: escala bulimia ($F_{(4, 113)}=6,45$; $p<.001$), escala insatisfacción corporal ($F_{(4, 113)}=5,09$, $p<.001$) y escala inseguridad social ($F_{(4, 113)}=3,19$, $p<. 01$). Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que existen diferencias significativas en la escala bulimia entre el grupo de anorexia restrictiva y el de bulimia purgativa (2,32 vs. 8,48, $p<. 001$), entre el grupo de anorexia restrictiva y el de bulimia no purgativa (2,32 vs. 7,37, $p<.05$), así como entre el grupo de anorexia restrictiva y el de trastorno por atracón (2,32 vs. 9,04, $p<. 001$). En cuanto a la escala de insatisfacción corporal dichas diferencias se establecen entre el grupo de anorexia restrictiva y el de bulimia purgativa (12,77 vs. 18,38, $p<. 01$), así como entre el grupo de anorexia restrictiva y el de trastorno por atracón (12,77 vs. 20,81, $p<. 001$). Por último, aparecen diferencias significativas en la escala inseguridad social entre el grupo de anorexia compulsiva y el de bulimia no purgativa (12,73 vs. 5,89, $p<. 01$).

Tabla 8.26. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) según el subtipo diagnóstico

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS					<i>F</i> (4, 113)	Bonfe- rroni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)		
Escala Obsesión por la delgadez	14,86±4,07	16,91±3,24	17,08±3,26	15,42±3,04	14,58±3,86	2,798	
Escala Bulimia	2,32±3,92	5,91±5,03	8,48±5,37	7,37±4,97	9,04±5,96	6,449	1<3*** 1<4* 1<5***
Escala Insatisfacción corporal	12,77±6,27	17,00±6,63	18,38±6,74	15,63±6,73	20,81±6,28	5,086	1<3** 1<5***
Escala Ineficacia	10,45±6,00	14,91±6,82	11,80±6,03	8,21±4,35	10,42±7,87	2,27	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del EDI-2 = Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Tabla 8.26. (Continuación). Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) según el subtipo diagnóstico.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS					<i>F</i> (4, 113)	Bonfe- rroni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)		
Escala Perfeccionismo	7,86±4,92	6,82±3,57	6,85±4,07	5,47±4,05	4,85±4,22	1,90	
Escala Desconfianza	7,82±4,51	8,55±4,97	6,60±3,97	4,68±3,96	5,65±5,18	2,09	
Escala Conciencia	10,55±7,31	11,82±5,44	12,58±6,08	11,37±6,64	11,50±7,33	0,36	
Escala Miedo madurez	7,95±4,77	8,90±6,47	7,00±4,62	6,94±3,80	6,81±3,72	0,61	
Escala Ascetismo	6,89±3,22	8,27±3,50	6,95±3,95	6,05±3,41	7,65±4,34	0,79	
Escala Impulsividad	6,50±5,83	7,64±6,12	8,88±6,86	8,00±5,52	8,69±6,89	0,56	
Escala Inseguridad social	8,41±4,71	12,73±5,93	8,73±5,06	5,89±4,64	8,42±5,29	3,188	2>4**

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del EDI-2 = Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

8.4.3. Área de variables con componente emocional según el subtipo diagnóstico

En este apartado se presentan los datos en relación a las siguientes variables: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad.

Tabla 8.27. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en función del subtipo diagnóstico.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS						Bon- fe- rroni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)	F (4, 113)	
Ansiedad Estado	29,82±13,44	41,73±11,68	36,23±13,60	31,16±13,18	31,96±13,28		
Ansiedad Rasgo	36,41±12,12	46,55±9,59	40,48±11,40	35,68±11,06	36,73±13,75		

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del STAI = Escala de ansiedad estado-rasgo. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Como puede observarse en la Tabla 8.27, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas de la Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI).

Tabla 8.28. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de depresión de Beck (BDI) en función del subtipo diagnóstico.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS					F (4, 113)	Bonferroni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)		
Total	23,99±9,45	28,56±8,77	24,51±8,82	18,82±7,72	23,44±8,50	2,451	2>4*

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. BDI = Inventario de depresión de Beck. Total = subescala de Depresión Total del Inventario de depresión de Beck (BDI). ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Como se puede observar en la Tabla 8.28 se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable del BDI: depresión total ($F_{(4, 113)}=2,45$, $p<.05$).

Al analizar los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observan diferencias estadísticamente significativas en depresión total entre el grupo de anorexia compulsiva y el de bulimia no purgativa (28,56 vs. 18,82, $p<.05$).

Tabla 8.29. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3) en función del subtipo diagnóstico.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS						Bon fe- rro- ni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)	F (4, 113)	
Total	34,18±19,51	35,36±19,21	31,24±18,06	28,26±17,19	34,69±17,74		
Ansie- dad Física	10,82±7,47	10,82±6,59	10,15±7,27	9,21±7,07	12,69±7,26		
Ansie- dad Cogniti- va	10,68±7,25	12,36±9,03	9,50±6,76	9,37±7,07	9,69±7,05		
Ansie- dad Social	12,68±6,24	18,18±7,81	11,78±6,41	9,68±6,16	12,29±5,44		

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ *. Todas las filas se refieren a las subescalas del ASI-3 = Inventario de sensibilidad a la ansiedad. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Como puede observarse en la Tabla 8.29, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas del Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3).

8.4.4. Área de variables con componente conductual según el subtipo diagnóstico

En este apartado se presentan los datos en relación con las siguientes variables: asertividad total, alexitimia señales, alexitimia verbal, alexitimia detalles, agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira, agresividad hostilidad, impulsividad planificación, impulsividad emoción, impulsividad conducta e impulsividad otras.

Tabla 8.30. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS) en función del subtipo diagnóstico.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS						Bon- fe- rro- ni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)	F (4, 113)	
Total	-12,65±32,61	-5,45±28,60	-14,13±28,23	-6,00±19,81	-13,91±27,91		

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$ *. RAS = Escala de Asertividad de Rathus. Total = escala de Asertividad total de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS). ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Como puede observarse en la Tabla 8.30, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas dentro de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS).

Tabla 8.31. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en función de los subtipos diagnósticos.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS						Bonferroni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BLP 3 (n=40)	BLNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)	F (4, 113)	
Total	54,64±20,10	61,88±11,84	50,16±16,08	49,32±14,20	56,75±14,39	1,82	
Escala Señales	19,86±10,78	26,00±5,35	19,91±8,46	19,95±7,63	22,79±7,97	1,57	
Escala Verbal	17,59±6,01	15,61±5,99	14,90±5,56	15,53±4,72	16,14±5,68	0,86	
Escala Detalles	17,22±7,20	20,27±5,82	15,35±5,37	13,84±5,21	17,82±5,54	2,97	2>3*

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$ *. Todas las filas se refieren a las subescalas del TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Como se puede observar en la tabla (Ver Tabla 8.31), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en una de todas las variables del TAS-20: escala detalles ($F_{(4,113)} = 2,97, p < .05$).

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observa que existen diferencias significativas en la escala detalles entre el grupo de anorexia compulsiva y el de bulimia purgativa (20,27 vs. 15,35, $p < .05$).

Tabla 8.32. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Cuestionario de Agresión (AQ) en función de los subtipos diagnósticos.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS					<i>F</i> (4, 113)	Bonfe- rroni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)		
Agresión Física	2,03±0,68	2,24±0,89	2,06±0,86	2,46±1,00	2,27±0,98		
Agresión Verbal	2,51±0,76	2,63±0,66	2,70±0,73	2,75±1,01	2,81±0,77		
Irascibilidad	3,08±0,81	3,31±0,70	3,03±0,80	3,18±0,74	3,05±0,80		
Hostilidad	3,19±0,65	3,34±0,72	3,06±0,84	3,22±0,82	3,31±0,73		

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del AQ = Cuestionario de Agresión. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Como puede observarse en la Tabla 8.32 no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas del Cuestionario de Agresión (AQ).

Tabla 8.33. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de impulsividad de Plutchnik (IE) en función de los subtipos diagnósticos.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS					<i>F</i> (4, 113)	Bonfe- rroni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)		
Total	15,27±4,96	18,36±7,06	19,13±8,29	19,53±5,58	20,38±7,39	1,78	
Escala Planificación	3,27±1,93	3,27±2,28	4,00±2,11	3,58±1,92	4,42±1,42	1,46	
Escala Emociones	3,64±1,59	5,73±1,90	4,75±2,22	5,11±1,49	4,96±1,64	3,013	2>1*
Escala Conductas	2,05±1,62	2,55±2,11	2,90±1,71	3,05±1,72	3,96±1,90	3,691	1<5**
Otras	6,27±2,57	8,18±3,49	7,50±4,10	8,00±3,76	7,31±4,15	0,74	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del EI = Escala de impulsividad de Plutchnik. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Como se puede observar en la Tabla 8.33, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en dos de las variables de la EI: control de los estados emocionales ($F_{(4,113)} = 3,01$, $p < .05$) y control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales ($F_{(4,113)} = 3,69$, $p < .01$).

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que existen diferencias significativas en estas dos subescalas, en el control de los estados emocionales entre el grupo de anorexia compulsiva y el de anorexia restrictiva (5,73 vs. 3,64, $p < .05$). Y en el control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales entre el grupo de anorexia restrictiva y el de trastorno por atracón (2,05 vs. 3,96, $p < .01$).

8.4.5. Área de variables de autopercepción según el subtipo diagnóstico

En este apartado se presentan los datos de las siguientes variables: escala de movilidad del NHP, escala dolor del NHP, escala de sueño del NHP, escala de aislamiento del NHP, escala de respuesta emocional del NHP, escala de energía del NHP, escala de percepción de apoyo social y autoestima total del EAR, y escala de cuidado total paterno del PBI, escala de sobreprotección total paterna del PBI, escala de cuidado total materno del PBI y escala de sobreprotección total materna del PBI.

Tabla 8.34. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Perfil de Salud de Nottingham (NHP) en función del subtipo diagnóstico.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS					<i>F</i> (4, 113)	Bonfe- rroni
	ANR 1 (n=22)	ANCL 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)		
Total	13,36±7,95	15,09±4,76	14,00±8,31	12,32±8,49	16,92±11,97	0,88	
Escala de Movilidad	1,36±1,84	1,36±1,29	1,48±1,86	1,58±2,09	2,96±2,60	2,782	3<5*
Escala Dolor	1,68±2,03	1,00±1,18	1,78±2,61	1,42±2,52	3,15±3,15	2,16	
Escala Sueño	2,23±1,95	1,64±1,57	2,55±1,84	2,11±1,70	2,08±1,94	0,66	
Escala Aislamiento	1,77±1,51	3,18±1,72	2,10±1,53	1,79±1,81	2,15±1,78	1,57	
Escala Respuesta Emocional	4,91±2,76	6,27±1,49	4,95±2,52	4,21±2,44	4,80±3,05	1,10	
Escala Energía	1,41±1,26	1,64±1,36	1,15±1,25	1,21±1,23	1,65±1,29	0,83	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del NHP = Perfil de Salud de Nottingham. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANCL = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Como se puede observar en la Tabla 8.34, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en una única variable del NHT: escala de movilidad ($F_{(4, 113)} = 2,78, p < .05$).

Así pues, analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que existen diferencias significativas en dicha escala entre el grupo de bulimia purgativa y el de trastorno por atracón (1,48 vs. 2,96, $p < .05$).

Tabla 8.35. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales (DUFSS) en función de los subtipos diagnósticos.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS						Bonfer- roni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)	F (4, 113)	
Total	38,86±10,31	34,18±18,00	33,98±13,24	40,63±8,50	31,53±11,66		

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ *. DUFSS = Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales. Total = subescala de Apoyo social total del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales (DUFSS). ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Como puede observarse en la Tabla 8.35, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas dentro del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales.

Tabla 8.36. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través de la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR) en función del subtipo diagnóstico.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS						Bonfe- rroni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)	F (4, 113)	
Total	24,45±5,60	21,73±5,50	23,43±6,99	24,37±6,58	22,06±6,00		

Nota: el símbolo \pm hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ *. EAR = Escala de autoestima de Rosenberg. Total = escala de Autoestima Total de la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR). ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Como puede observarse en la Tabla 8.36, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas dentro de esta escala.

Tabla 8.37. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Instrumento de lazos parentales (PBI) en función del subtipo diagnóstico.

	SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS					<i>F</i> (4, 113)	Bon- fe- rroni
	ANR 1 (n=22)	ANC 2 (n=11)	BNP 3 (n=40)	BNNP 4 (n=19)	TA 5 (n=26)		
Cuidado total paterno	18,45±7,32	18,82±4,38	19,56±7,88	21,16±7,63	21,23±7,74		
Sobreprotección total paterna	17,91±8,46	18,45±9,45	14,06±6,47	14,42±8,69	13,96±6,98		
Cuidado total materno	26,64±7,28	22,45±5,91	25,03±8,87	21,89±8,12	24,42±6,26		
Sobreprotección total materna	16,77±8,94	16,55±5,70	17,63±7,51	15,95±9,04	18,56±7,41		

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ *. Todas las filas se refieren a las subescalas del PBI = Instrumento de lazos parentales. ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANC = anorexia nerviosa compulsiva; BNP = bulimia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; TA = trastorno por atracón.

Como puede observarse en la Tabla 8.37 no se encuentran diferencias estadísticamente significativas dentro del Instrumento de lazos parentales (PBI).

8.5. Tipología de pacientes con TCA en función de las características psicológicas de las participantes

Tal y como se ha explicado anteriormente, se ha procedido a realizar un análisis de conglomerados, con el fin de generar otra agrupación que permita diferenciar mejor a los participantes incluidos en el estudio. En este análisis de conglomerados, se han incluido las siguientes variables:

1. Patrones de personalidad valorados a través de MCMI-III: patrón de personalidad evitativo, patrón de personalidad depresivo, patrón de personalidad dependiente, patrón de personalidad histriónico, patrón de personalidad narcisista, patrón de personalidad antisocial, patrón de personalidad agresivo, patrón de personalidad compulsivo, patrón de personalidad negativista, patrón de personalidad autodestructivo y patrón de personalidad límite.

personalidad compulsivo, patrón de personalidad negativista, patrón de personalidad autodestructivo y patrón de personalidad límite.

2. Patrones parentales referidos: cuidado total paterno, sobreprotección total paterna, cuidado total materno y sobreprotección total materna.

3. Acontecimientos vitales estresantes referidos en: infancia-adolescencia, edad adulta, año previo al inicio de síntomas TCA y sumatorio de maltrato/abusos.

Tras realizar el análisis de conglomerados, y teniendo en cuenta los 118 participantes, se obtuvieron tres tipos de grupos con características psicológicas diferenciadas: un grupo constituido por un 22,9 % (n=27), un grupo con un 49,2% (n=58) y un tercer grupo con un 28 % (n=33).

En primer lugar, se analiza si los tres grupos de conglomerados encontrados difieren en la variable edad, indicando los resultados que no muestran diferencias estadísticamente significativas en relación a dicha variable (véase Tabla 8.38).

En la Tabla 8.38 se muestran las diferencias existentes entre los tres conglomerados en características sociodemográficas (lugar de residencia, procedencia, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, situación laboral y profesión). Para ello, se han agrupado las diferentes categorías: procedencia, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, situación laboral y profesión, en categorías más amplias, para que los resultados tengan una mayor coherencia y poder llevar a cabo los análisis estadísticos correspondientes.

Los resultados de la prueba *Chi-Cuadrado* de Pearson indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables sociodemográficas analizadas (Véase Tabla 8.38). Asimismo, se analizan las posibles diferencias estadísticamente significativas entre los conglomerados obtenidos y los diagnósticos de los participantes, sin encontrar diferencias significativas. Por tanto, los tres conglomerados son equiparables en edad, en sexo al estar dicha variable controlada por homogeneidad (todos los participantes son mujeres) y en el resto de variables sociodemográficas analizadas, así como con respecto a los diagnósticos relativos a trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla 8.38. Distribución de variables sociodemográficas y diagnóstico en función del conglomerado de pertenencia

VARIABLE	SUBCATEGORÍAS	C1 (n=27)	C2 (n=58)	C3 (n=33)	$F_{(2,115)}$ χ^2
EDAD		28,37±7,40	32,22±10,79	34,21±10,70	2,54
LUGAR DE RESIDENCIA	Urbano	23,1% (R.C.=0,1)	44,9% (R.C.= - 1,3)	32,1% (R.C.= 1,4)	2,24 ^a
	Rural	22,5% (R.C.= - 0,1)	57,5% (R.C.= 1,3)	20% (R.C.= - 1,4)	
PROCEDENCIA	España	22,8% (R.C.=0,1)	46,5% (R.C.= - 1,4)	30,7% (R.C.=1,6)	3,22 ^b
	Resto de Europa	25% (R.C.=0,1)	75% (R.C.=1,1)	0% (R.C.= - 1,3)	
	Otro	23,1% (R.C.= 0,0)	61,5% (R.C.=0,9)	15,4% (R.C.= - 1,1)	
ESTADO CIVIL	Soltera	25,9% (R.C.=0,8)	48,3% (R.C.= - 0,2)	25,9% (R.C.= - 0,5)	2,37 ^b
	Casada	25% (R.C.=0,4)	47,5% (R.C.= - 0,3)	27,5% (R.C.= - 0,1)	
	Divorciada/Separada/Viuda	10% (R.C.= - 1,5)	55% (R.C.=0,6)	35% (R.C.=0,8)	
NÚMERO DE HIJOS	No	24,2% (R.C.=0,5)	51,5% (R.C.=0,5)	24,2% (R.C.= - 0,1)	1,17 ^b
	1	20% (R.C.= - 0,3)	50% (R.C.=0,0)	30% (R.C.=0,2)	
	2 o más	20,7% (R.C.= - 0,3)	44,8% (R.C.= - 0,6)	34,5% (R.C.=0,9)	
NIVEL DE ESTUDIOS	Analfabeta	50% (R.C.= 0,9)	50% (R.C.=0,0)	0% (R.C.= - 0,9)	4,05 ^c
	Estudios primarios/EGB	29% (R.C.=0,9)	45,2% (R.C.= - 0,5)	25,8% (R.C.= - 0,3)	
	Estudios secundarios/BUP/Bachiller/FP	22,6% (R.C.= - 0,1)	52,8% (R.C.=0,7)	24,5% (R.C.= - 0,8)	
	Universitaria	15,6% (R.C.= - 1,1)	46,9% (R.C.= - 0,3)	37,5% (R.C.=1,4)	
SITUACIÓN LABORAL	Activa	23,2% (R.C.=0,1)	50,7% (R.C.=0,4)	26,1% (R.C.= - 0,5)	1,13 ^b
	Paro	24,3% (R.C.=0,3)	43,2% (R.C.= - 0,9)	32,4% (R.C.=0,7)	
	Incapacidad laboral	16,7% (R.C.= - 0,5)	58,3% (R.C.=0,7)	25% (R.C.= - 0,2)	
PROFESIÓN	Ama de casa	28,6% (R.C.=0,4)	57,1% (R.C.=0,4)	14,3% (R.C.= - 0,8)	2,78 ^c
	Trabajadora cualificada/liberal/autónoma/funcionaria	21,7% (R.C.= - 0,2)	45,7% (R.C.= - 0,6)	32,6% (R.C.=0,9)	
	Trabajadora no cualificada	17,2% (R.C.= - 0,8)	58,6% (R.C.=1,2)	24,1% (R.C.= - 0,5)	
	Estudiante/sin profesión	27,8% (R.C.=0,8)	44,4% (R.C.= - 0,7)	27,8% (R.C.=0,0)	
DIAGNOSTICO	Anorexia nerviosa	36,4% (R.C.=2,2)	36,4% (R.C.= - 1,7)	27,3% (R.C.= - 0,1)	5,34 ^b
	Bulimia nerviosa	18,6% (R.C.= - 1,1)	54,2% (R.C.=1,1)	27,1% (R.C.= - 0,2)	
	Trastorno por atracón	15,4% (R.C.= - 1,0)	53,8% (R.C.=0,5)	30,8% (R.C.=0,4)	

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT) excepto en aquellos que se refieren a porcentajes.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$. R.C. = residuos corregidos. C1, C2 y C3 = Conglomerado 1, 2 y 3. χ^2 = eta cuadrado. ^a = 2 grados de libertad. ^b = 4 grados de libertad. ^c = 6 grados de libertad.

En las Tablas 8.39, 8.40 y 8.41 se presentan las diferencias encontradas entre las variables psicológicas que han formado los conglomerados (patrones de personalidad de conglomerado B y C: evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, compulsivo, límite, negativista, autodestructivo, narcisista, antisocial, agresivo), patrones de crianza del padre y la madre (sobreprotección y control) y acontecimientos vitales estresantes (infancia-adolescencia, edad adulta, año previo al inicio de sintomatología y maltrato-abuso). Estas diferencias nos indican que los 3 conglomerados resultantes difieren de forma significativa en dichas variables. Para una mejor presentación de los datos, se ha procedido a presentar tablas independientes según el test de valoración.

Se encuentra un primer grupo al que se denomina *sobrecontrolado* con puntuaciones significativamente más altas en comparación con los otros dos grupos (subcontrolado y alto funcionamiento) en los patrones de personalidad evitativo ($F_{(2,115)} = 86,39, p < .001$), depresivo ($F_{(2,115)} = 67,99, p < .001$), dependiente ($F_{(2,115)} = 33,58, p < .001$) y autodestructivo ($F_{(2,115)} = 42,83, p < .001$); y con puntuaciones significativamente más altas solo con respecto al grupo de alto funcionamiento en los patrones agresivo ($F_{(2,115)} = 32,63, p < .001$), negativista ($F_{(2,115)} = 43,29, p < .001$) y patrón límite ($F_{(2,115)} = 48,17, p < .001$). Sin embargo, este mismo grupo presenta puntuaciones significativamente menores con respecto a los dos grupos restantes en el patrón histriónico ($F_{(2,115)} = 26,56, p < .001$) y el patrón narcisista ($F_{(2,115)} = 33,06, p < .001$); así como puntuaciones menores únicamente en comparación al grupo subcontrolado en el patrón antisocial ($F_{(2,115)} = 19,72, p < .001$) y en el maltrato-abuso ($F_{(2,115)} = 10,86, p < .001$).

Se observa un segundo grupo, denominado *subcontrolado*, que presenta, por un lado, puntuaciones significativamente elevadas con respecto al grupo de alto funcionamiento en los patrones dependiente ($F_{(2,115)} = 33,58, p < .001$), antisocial ($F_{(2,115)} = 19,72, p < .001$), agresivo ($F_{(2,115)} = 32,63, p < .001$), negativista ($F_{(2,115)} = 43,29, p < .001$) y límite ($F_{(2,115)} = 48,17, p < .001$), así como en los acontecimientos vitales estresantes (infancia-adolescencia, edad adulta, año previo al inicio de síntomas y maltrato-abuso). Una vez analizado el grupo sobrecontrolado, como aparece anteriormente, se deduce que el grupo subcontrolado también presenta puntuaciones más altas en comparación al grupo uno en los patrones histriónico ($F_{(2,115)} = 26,56, p < .001$), narcisista ($F_{(2,115)} = 33,06, p < .001$), antisocial ($F_{(2,115)} = 19,72, p < .001$) y agresivo ($F_{(2,115)} = 32,63, p < .001$), del mismo modo que en el maltrato-abuso. Por otro

lado, muestra puntuaciones menores con respecto al grupo de alto funcionamiento en el patrón compulsivo ($F_{(2,115)} = 14,85, p < .001$), escala de cuidado paterno ($F_{(2,115)} = 12,14, p < .001$) y escala de cuidado materno ($F_{(2,115)} = 4,34, p < .05$).

Se presenta un tercer y último grupo, el de *alto funcionamiento*, en el que se observan puntuaciones mayores en comparación al grupo dos en el patrón compulsivo ($F_{(4,113)} = 12,14, p < .01$) y en las escalas de cuidado paterno ($F_{(4,113)} = 12,14, p < .001$) y materno ($F_{(4,113)} = 12,14, p < .05$), siendo en esta última poco significativo. Este grupo, una vez analizados todos los datos anteriores aparece con puntuaciones menores en el resto de patrones, escalas y acontecimientos vitales estresantes.

Por lo anteriormente señalado, a partir de este momento y siguiendo lo encontrado por la bibliografía científica, se denominará al conglomerado 1 *Grupo Sobrecontrolado*, al 2 *Grupo Subcontrolado* y al 3 de *Alto funcionamiento*. Estos mismos grupos han sido replicados en distintos estudios que a su vez han utilizado las categorías para designarlos (Asendorpf et al., 2001; Claes et al., 2005; Claes et al., 2012; Espelage et al., 2002; Hopwood et al., 2010; Robins et al., 1996; Strober, M., 1983; Westen y Harnden-Fischer, 2001).

Tabla 8.39. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes, en variables psicológicas utilizadas para la obtención de los conglomerados de pertenencia, en función de los patrones de personalidad utilizados del Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III).

	CONGLOMERADOS				
	Sobrecontrolado (1) (n=27)	Subcontrolado (2) (n=58)	Alto funcionamiento (3) (n=33)	F (2, 115)	Bonfe- rroni
Patrón evitativo	19,48±3,29	10,33±3,26	7,39±4,62	86,39***	1>2*** 1>3*** 2>3***
Patrón depresivo	18,81±2,76	13,07±3,60	7,48±4,62	67,99***	1>2*** 1>3*** 2>3***
Patrón dependiente	15,78±4,43	13,00±4,39	7,12±3,93	33,58***	1>2** 1>3*** 2>3***
Patrón histriónico	6,15±3,11	12,65±4,54	12,27±3,58	26,56***	1<2*** 1<3***
Patrón narcisista	3,93±1,98	10,26±4,07	10,12±3,46	33,06***	1<2*** 1<3***
Patrón antisocial	6,70±2,98	10,12±4,31	5,45±2,65	19,72***	1<2*** 2>3***
Patrón agresivo	10,70±5,18	13,59±4,38	6,15±2,85	32,63***	1<2* 1>3*** 2>3***
Patrón compulsivo	16,04±3,59	11,43±3,92	14,18±3,77	14,85***	1>2*** 2<3**
Patrón negativista	16,48±3,90	14,93±3,38	8,70±3,72	43,29***	1>3*** 2>3***
Patrón autodestruc- tivo	14,63±4,06	11,57±4,71	4,79±3,77	42,83***	1>2*** 1>3*** 2>3***
Patrón límite	13,00±4,08	15,02±4,56	6,24±3,30	48,17***	1>3*** 2>3***

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT). * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del MCMI-III = Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III.

Tabla 8.40. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes, en variables psicológicas utilizadas para la obtención de los conglomerados de pertenencia, en función de las subescalas del Instrumento de lazos parentales (PBI).

	CONGLOMERADOS				
	Sobrecontrolado (1) (n=27)	Subcontrolado (2) (n=58)	Alto funcionamiento (3) (n=33)	<i>F</i> (2, 115)	Bonferroni
Cuidado total paterno	20,88±5,57	17,13±6,72	24,33±7,73	12,14***	2<3***
Sobreprotección total paterna	16,38±5,03	14,61±8,01	15,36±9,04	0,49	
Cuidado total materno	25,26±6,28	22,50±7,92	27,21±7,69	4,34*	2<3*
Sobreprotección total materna	18,70±6,67	17,98±7,75	14,96±8,48	2,18	

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT). * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas; del PBI = Inventario de estilos parentales.

Tabla 8.41. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes, en variables psicológicas utilizadas para la obtención de los conglomerados de pertenencia, en función de los acontecimientos vitales estresantes.

	CONGLOMERADOS				
	Sobrecontrolado (1) (n=27)	Subcontrolado (2) (n=58)	Alto funcionamiento (3) (n=33)	<i>F</i> (2, 115)	Bonferroni
Infancia-adolescencia	2,19±1,84	2,66±1,70	1,39±,99810	6,79**	2>3***
Edad adulta	1,41±1,15	1,86±1,81	0,85±0,91	5,05**	2>3**
Año previo a inicio de síntomas	1,67±1,36	1,88±1,35	1,03±0,88	4,98**	2>3**
Maltrato-abuso	0,19±0,40	0,95±1,05	0,33±0,48	10,86***	1<2*** 2>3***

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT). * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas de acontecimientos vitales estresantes= Problemas psicosociales y ambientales según los criterios del eje IV del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001), recogidos a través de entrevista en infancia-adolescencia, edad, año previo al inicio de síntomas, y situaciones de maltrato-abuso.

Como se puede observar en la Tabla 8.39 se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del MCMI-III, con respecto a los patrones de personalidad utilizados para el establecimiento de los conglomerados: patrón evitativo ($F_{(2, 115)} = 86,39, p<.001$), patrón depresivo ($F_{(2, 115)} = 67,99, p<.001$),

patrón dependiente ($F_{(2, 115)} = 33,58, p < .001$), patrón histriónico ($F_{(2, 115)} = 26,56, p < .001$), patrón narcisista ($F_{(2, 115)} = 33,06, p < .001$), patrón antisocial ($F_{(2, 115)} = 19,72, p < .001$), patrón agresivo ($F_{(2, 115)} = 32,63, p < .001$), patrón compulsivo ($F_{(2, 115)} = 14,85, p < .001$), patrón negativista ($F_{(2, 115)} = 43,29, p < .001$), patrón autodestructivo ($F_{(2, 115)} = 42,83, p < .001$) y patrón límite ($F_{(2, 115)} = 48,17, p < .001$).

En lo que respecta a los patrones de crianza (Tabla 8.40), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el patrón de cuidado paternal ($F_{(2, 115)} = 12,14, p < .001$) y en el patrón de cuidado maternal ($F_{(2, 115)} = 4,34, p < .05$).

En cuanto a los acontecimientos vitales estresantes (Tabla 8.41), se encuentran diferencias significativas en acontecimientos vitales estresantes referidos en infancia-adolescencia ($F_{(2, 115)} = 6,79, p < .01$), en edad adulta ($F_{(2, 115)} = 5,05, p < .01$), en año previo al inicio de los síntomas ($F_{(2, 115)} = 4,98, p < .01$) y con respecto a maltrato-abuso ($F_{(2, 115)} = 10,86, p < .001$).

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observan diferencias significativas en todas las variables del MCMI-III. En lo que respecta a los patrones de personalidad: dichas diferencias se encuentran en el patrón evitativo entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (19,48 vs. 10,33, $p < .001$), entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (19,48 vs. 7,39, $p < .001$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (10,33 vs. 7,39, $p < .001$). En el patrón depresivo se presentan diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (18,81 vs. 13,07, $p < .001$), entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (18,81 vs. 7,48, $p < .001$), del mismo modo que entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (13,07 vs. 7,48, $p < .001$). En el patrón dependiente dichas diferencias aparecen entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (15,78 vs. 13,00, $p < .01$), entre el sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (15,78 vs. 7,12, $p < .001$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (13,00 vs. 7,12, $p < .001$). En el patrón histriónico se observan diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el grupo subcontrolado (6,15 vs. 12,65, $p < .001$), del mismo modo que entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (6,15 vs. 12,27, $p < .001$). En el patrón narcisista se encuentran dichas diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el grupo subcontrolado (3,93 vs. 10,26, $p < .001$), del mismo modo que entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento

(3,93 vs. 10,12, $p < .001$). En el patrón antisocial se aprecian diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (6,70 vs. 10,12, $p < .001$), del mismo modo que entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (10,12 vs. 5,45, $p < .001$). En el patrón agresivo se encuentran dichas diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (10,70 vs. 13,59, $p < .05$), entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (10,70 vs. 6,15, $p < .001$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (13,59 vs. 6,15, $p < .001$). En el patrón compulsivo se aprecian diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (16,04 vs. 11,43, $p < .001$), del mismo modo que entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (11,43 vs. 14,18, $p < .01$). En el patrón negativista aparecen dichas diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (16,48 vs. 8,70, $p < .001$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (14,93 vs. 8,70, $p < .001$). En el patrón autodestructivo se observan diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (14,63 vs. 11,57, $p < .001$), entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (14,63 vs. 4,79, $p < .001$), del mismo modo que entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (11,57 vs. 4,79, $p < .001$). En el patrón límite dichas diferencias se presentan entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (13,00 vs. 6,24, $p < .001$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (15,02 vs. 6,24, $p < .001$).

En cuanto a los lazos parentales se encuentran diferencias significativas: en la escala de cuidado paterno entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (17,13 vs. 24,33, $p < .001$). En la escala de cuidado materno se observan dichas diferencias entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (22,50 vs. 27,21, $p < .05$). Asimismo, se obtuvo un tamaño del efecto alto (entre 0,15-0,17) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en escala de cuidado paterno; tamaños del efecto medios (entre 0,06 – 0,14) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en escala sobreprotección paterna y escala de cuidado materno; así como un tamaño del efecto bajo (entre 0,01 – 0,06) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en escala de sobreprotección materna.

En lo que respecta a los acontecimientos vitales estresantes según clasificación DSM-IV se presentan diferencias significativas: en la infancia-adolescencia entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (2,66 vs. 1,39, $p < .001$). En la edad adulta dichas diferencias se aprecian entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (1,86 vs. 0,85, $p < .01$). En el año previo al inicio de síntomas se observan diferencias significativas entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (1,88 vs. 1,03, $p < .01$). Por último, en el maltrato-abuso se encuentran dichas diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (0,19 vs. 0,95, $p < .001$), del mismo modo que entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (0,95 vs. 0,33, $p < .001$). Se obtuvieron tamaños del efecto medios (entre 0,06 – 0,14) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados respecto a los acontecimientos vitales referidos en infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de los síntomas de TCA. El tamaño de efecto obtenido en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados respecto al maltrato-abuso es alto (entre 0,15 - 0,60).

8.5.1. Diferencias entre los tres grupos de conglomerados obtenidos (Sobrecontrolado, Subcontrolado y Alto funcionamiento) en variables clínicas

A continuación se van a presentar diversas tablas comparando los tres grupos de conglomerados que se han generado (sobrecontrolado, subcontrolado y alto funcionamiento) con otras variables clínicas que se han considerado relevantes. Para facilitar la comprensión de los datos, se expondrán los mismos organizados según agrupación en áreas de variables.

8.5.1.1. Área de patrones de personalidad y trastornos clínicos según el Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) según el conglomerado de pertenencia

Tabla 8.42. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III).

	CONGLOMERADOS				
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)	$F_{(2,115)}$ η^2	Bonfe- roni
Patrón esquizoide	14,52±3,95	10,41±4,71	6,48±4,03	25,23*** 0,30	1>2*** 1>3*** 2>3***
Patrón evitativo	19,48±3,29	10,33±3,26	7,39±4,62	86,39*** 0,60	1>2*** 1>3*** 2>3***
Patrón depresivo	18,81±2,76	13,07±3,60	7,48±4,62	67,99*** 0,54	1>2*** 1>3*** 2>3***
Patrón dependiente	15,78±4,43	13,00±4,39	7,12±3,93	33,58*** 0,37	1>2** 1>3*** 2>3***
Patrón histriónico	6,15±3,11	12,65±4,54	12,27±3,58	26,56*** 0,32	1<2*** 1<3***
Patrón narcisista	3,93±1,98	10,26±4,07	10,12±3,46	33,06*** 0,37	1<2*** 1<3***
Patrón antisocial	6,70±2,98	10,12±4,31	5,45±2,65	19,72*** 0,26	1<2*** 2>3***
Patrón agresivo	10,70±5,18	13,59±4,38	6,15±2,85	32,63*** 0,36	1<2* 1>3*** 2>3***
Patrón compulsivo	16,04±3,59	11,43±3,92	14,18±3,77	14,85*** 0,21	1>2*** 2<3**
Patrón negativista	16,48±3,90	14,93±3,38	8,70±3,72	43,29*** 0,43	1>3*** 2>3***
Patrón autodestructivo	14,63±4,06	11,57±4,71	4,79±3,77	42,83*** 0,43	1>2*** 1>3*** 2>3***
Patrón esquizotípico	14,85±4,78	10,70±4,88	4,12±3,55	44,49*** 0,44	1>2*** 1>3*** 2>3***
Patrón límite	13,00±4,08	15,02±4,56	6,24±3,30	48,17*** 0,46	1>3*** 2>3***
Patrón paranoide	12,59±4,85	11,64±5,20	5,79±4,11	19,58*** 0,25	1>3*** 2>3***
Trastorno de ansiedad	11,48±3,65	12,19±3,43	6,36±3,73	29,71*** 0,34	1>3*** 2>3***
Trastornos somatomorfo	9,26±4,05	9,90±4,02	4,82±4,11	17,41*** 0,23	1>3*** 2>3***
Trastorno bipolar	7,70±3,29	10,21±3,30	5,52±2,91	23,34*** 0,29	1<2** 1>3* 2>3***
Trastorno distímico	15,37±3,12	13,14±5,02	5,24±4,95	43,05*** 0,43	1>3*** 2>3***
Dependencia alcohol	4,78±1,87	6,33±2,20	3,42±1,66	23,03*** 0,29	1<2** 1>3* 2>3***

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT). * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del MCMI-III = Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III.

Tabla 8.42. (Continuación). Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III).

	CONGLOMERADOS				Bonferroni
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)	$F_{(2, 115)}$ η^2	
Dependencia sustancias	2,63±1,52	4,79±3,05	2,39±1,60	13,35*** 0,19	1<2** 3<2***
Trastorno de estrés postraumático	10,37±3,65	11,95±5,09	4,55±4,01	28,98*** 0,33	1>3*** 2>3***
Trastorno del pensamiento	13,44±3,61	14,00±4,35	5,36±4,15	49,87*** 0,46	1>3*** 2>3***
Depresión mayor	13,44±4,49	13,33±5,49	5,27±5,11	29,05*** 0,33	1>3*** 2>3***
Trastorno delirante	3,22±2,56	3,74±2,67	1,36±1,52	10,75*** 0,16	1>3*** 2>3***

Nota. Los datos corresponden a la media \pm desviación típica (DT). * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del MCMI-III = Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III.

Como se puede observar en la tabla 8.42 se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del MCMI-III. Con respecto a los patrones de personalidad: patrón esquizoide ($F_{(2, 115)} = 25,23$, $p<. 001$), patrón evitativo ($F_{(2, 115)} = 86,39$, $p<. 001$), patrón depresivo ($F_{(2, 115)} = 67,99$, $p<. 001$), patrón dependiente ($F_{(2, 115)} = 33,58$, $p<. 001$), patrón histriónico ($F_{(2, 115)} = 26,56$, $p<. 001$), patrón narcisista ($F_{(2, 115)} = 33,06$, $p<. 001$), patrón antisocial ($F_{(2, 115)} = 19,72$, $p<. 001$), patrón agresivo ($F_{(2, 115)} = 32,63$, $p<. 001$), patrón compulsivo ($F_{(2, 115)} = 14,85$, $p<. 001$), patrón negativista ($F_{(2, 115)} = 43,29$, $p<. 001$), patrón autodestructivo ($F_{(2, 115)} = 42,83$, $p<. 001$), patrón límite ($F_{(2, 115)} = 48,17$, $p<. 001$) y patrón paranoide ($F_{(2, 115)} = 19,58$, $p<. 001$).

En lo que respecta a los síndromes clínicos se encuentran diferencias estadísticamente significativas en: trastorno de ansiedad ($F_{(2, 115)} = 29,71$, $p<. 001$), trastorno somatomorfo ($F_{(2, 115)} = 17,41$, $p<. 001$), trastorno bipolar ($F_{(2, 115)} = 23,34$, $p<. 001$), trastorno distímico ($F_{(2, 115)} = 43,05$, $p<. 001$), dependencia del alcohol ($F_{(2, 115)} = 23,03$, $p<. 001$), dependencia de sustancias ($F_{(2, 115)} = 13,35$, $p<. 001$), trastorno de estrés postraumático ($F_{(2, 115)} = 28,98$, $p<. 001$), trastorno del pensamiento ($F_{(2, 115)} = 49,87$, $p<. 001$), depresión mayor ($F_{(2, 115)} = 29,05$, $p<. 001$) y trastorno delirante ($F_{(2, 115)} = 10,75$, $p<. 001$).

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observa que existen diferencias significativas en todas las variables del MCMI-III. En cuanto a los patrones: se encuentran dichas diferencias en el patrón esquizoide entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (14,52 vs. 10,41, $p < .001$), entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (14,42 vs. 6,48, $p < .001$), y entre el subcontrolado y el de alto funcionamiento (10,41 vs. 6,48, $p < .001$). En el patrón evitativo se encuentran diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (19,48 vs. 10,33, $p < .001$), así como, entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (19,48 vs. 7,39, $p < .001$), y entre el subcontrolado y el de alto funcionamiento (10,33 vs. 7,39, $p < .001$). En el patrón depresivo estas diferencias se establecen entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (18,81 vs. 13,07, $p < .001$), entre el sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (18,81 vs. 7,48, $p < .001$), del mismo modo que entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (13,07 vs. 7,48, $p < .001$). Dentro del patrón dependiente aparecen diferencias significativas entre sendos conglomerados: entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (15,78 vs. 13,00, $p < .01$), entre el sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (15,78 vs. 7,12, $p < .001$), y entre el subcontrolado y el de alto funcionamiento (13,00 vs. 7,12, $p < .001$). En el patrón histriónico se encuentran diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (6,15 vs. 12,65, $p < .001$), y entre el sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (6,15 vs. 12,27, $p < .001$). En el patrón narcisista existen diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (3,93 vs. 10,26, $p < .001$), y entre el sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (3,93 vs. 10,12, $p < .001$). Dentro del patrón antisocial se encuentran diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (6,70 vs. 10,12, $p < .001$), así como, entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (10,12 vs. 5,45, $p < .001$). En el patrón agresivo se observan diferencias entre el grupo de sobrecontrolado y el subcontrolado (10,70 vs. 13,59, $p < .05$), entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (10,70 vs. 6,15, $p < .001$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (13,59 vs. 6,15, $p < .001$). En el patrón compulsivo existen diferencias significativas entre el grupo sobre controlado y el subcontrolado (16,04 vs. 11,43, $p < .001$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto rendimiento (11,43 vs. 14,18, $p < .01$).

Dentro del patrón negativista existen diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (16,48 vs. 8,70, $p < .001$), así como, entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (14,93 vs. 8,70, $p < .01$). En el patrón autodestructivo se observan diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (14,63 vs. 11,57, $p < .001$), entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (14,63 vs. 4,79, $p < .001$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (11,57 vs. 4,79, $p < .001$). En el patrón esquizotípico se observan diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (14,85 vs. 10,70, $p < .001$), entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (14,85 vs. 4,12, $p < .001$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (10,70 vs. 4,12, $p < .001$). Dentro del patrón límite se encuentran diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (13,00 vs. 15,02, $p < .001$), así como, entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (15,02 vs. 6,24, $p < .001$). Y por último, en el patrón paranoide se observan diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (12,59 vs. 11,64, $p < .001$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (11,64 vs. 5,79, $p < .001$).

En cuanto a los síndromes clínicos se observan diferencias estadísticamente significativas en el trastorno de ansiedad entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (11,48 vs. 12,19, $p < .001$), así como, entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (12,19 vs. 6,36, $p < .001$). En el trastorno somatomorfo existen diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (9,26 vs. 4,82, $p < .001$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (9,90 vs. 4,82, $p < .001$). Dentro del trastorno bipolar se encuentran diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (7,70 vs. 10,21, $p < .01$), entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (7,70 vs. 5,52, $p < .05$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (10,21 vs. 5,52, $p < .001$). En el trastorno distímico existen diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (15,37 vs. 5,24, $p < .001$), así como, entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (13,14 vs. 5,24, $p < .001$). En dependencia del alcohol se observan diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (4,78 vs. 6,33, $p < .01$), entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (4,78 vs. 3,42, $p < .05$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (6,33 vs. 3,42, $p < .001$). Dentro de dependencia de sustancias se encuentran diferencias entre el grupo

sobrecontrolado y el subcontrolado (2,63 vs. 4,79, $p < .01$), así como, entre el grupo de alto funcionamiento y el subcontrolado (2,39 vs. 4,79, $p < .001$).

En el trastorno de estrés postraumático existen diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (10,37 vs. 4,55, $p < .001$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (11,95 vs. 4,55, $p < .001$). Dentro del trastorno del pensamiento se aprecian diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (13,44 vs. 5,36, $p < .001$), así como, entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (14,00 vs. 5,36, $p < .001$). En el síndrome de depresión mayor existen diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (13,44 vs. 1,36, $p < .001$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (3,74 vs. 1,36, $p < .001$). Por último, en el trastorno delirante se encuentran diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (3,22 vs. 1,36, $p < .001$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (3,74 vs. 1,36, $p < .001$).

Por otra parte, se obtuvieron tamaños del efecto altos (entre 0,15-0,60) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados, en todos y cada uno de los patrones de personalidad (Patrón esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo, compulsivo, negativista, autodestructivo, esquizotípico, límite, paranoide), así como, en todos y cada uno de los síndromes clínicos (trastorno de ansiedad, trastornos somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor, trastorno delirante).

8.5.1.2. Área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) según el conglomerado de pertenencia

Tabla 8.43. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2).

	CONGLOMERADOS				
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)	$F_{(2, 115)}$ η^2	Bonfe- rroni
Escala Obsesión por la delgadez	16,96±3,49	15,93±3,78	14,76±3,29	2,77 0,046	
Escala Bulimia	6,37±5,30	8,70±5,85	4,67±4,65	2,77 0,095	2>3**
Escala Insatisfacción corporal	19,04±6,39	18,33±7,06	14,06±6,41	6,07** 0,086	1>3* 2>3*
Escala de Ineficacia	13,59±6,42	12,00±6,56	7,09±4,41	5,39** 0,15	1>3*** 2>3***
Escala de Perfeccionismo	8,81±5,30	5,78±3,61	5,42±3,85	6,24** 0,098	1>2** 1>3**
Escala Desconfianza	9,89±4,77	5,90±4,34	4,76±3,12	12,57*** 0,18	1>2*** 1>3***
Escala Conciencia	12,86±6,28	13,00±6,48	8,45±6,02	6,05** 0,095	1>3* 2>3**
Escala Miedo madurez	10,15±5,34	6,32±3,89	6,70±3,93	7,85** 0,12	1>2** 1>3**
Escala Ascetismo	8,55±3,67	7,10±4,12	5,82±2,76	4,08** 0,067	1>3**
Escala Impulsividad	6,26±4,46	11,10±6,59	4,46±4,70	16,37*** 0,22	1<2*** 2>3***
Escala Inseguridad social	12,00±4,35	8,38±5,27	5,91±4,35	11,87*** 0,17	1>2** 1>3***

Nota. Los datos corresponden a la media \pm desviación típica (DT). * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$ Todas las filas se refieren a las subescalas del EDI-2 = Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria.

Como se puede observar en la Tabla 8.43 se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2), exceptuando la escala obsesión por la delgadez y la escala bulimia: escala insatisfacción corporal ($F_{(2, 115)} = 6,07, p<. 01$), escala ineficacia ($F_{(2, 115)} 5,39 = p<. 01$), escala perfeccionismo ($F_{(2, 115)} = 6,24, p<. 01$), escala desconfianza interpersonal ($F_{(2, 115)} = 12,57, p<. 001$), escala conciencia interoceptiva ($F_{(2, 115)} = 6,05, p<. 01$), escala miedo a la madurez ($F_{(2, 115)} = 7,85, p<. 01$), escala ascetismo ($F_{(2, 115)} = 4,08, p<. 01$), escala impulsividad ($F_{(2, 115)} = 16,37, p<. 001$) y escala inseguridad social ($F_{(2, 115)} = 11,87, p<. 001$).

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observan diferencias significativas en todas las variables del EDI-2, a excepción de la escala

obsesión por la delgadez. En la escala bulimia dichas diferencias se encuentran entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (15,93 vs. 14,76, $p < .01$). En la escala insatisfacción corporal aparecen diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (19,04 vs. 14,06, $p < .05$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (18,33 vs. 14,06, $p < .05$). En la escala ineficacia aparecen diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (13,59 vs. 7,09, $p < .001$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (12,00 vs. 7,09, $p < .001$). En la escala perfeccionismo aparecen dichas diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (8,81 vs. 5,78, $p < .01$), así como entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (8,81 vs. 5,42, $p < .01$). En cuanto a la escala desconfianza interpersonal se encuentran diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (9,89 vs. 5,90, $p < .001$), y entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (9,89 vs. 4,76, $p < .001$). En la escala conciencia interoceptiva existen diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (12,86 vs. 8,45, $p < .05$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (13,00 vs. 8,45, $p < .01$).

En lo que respecta a la escala miedo a la madurez se encuentran diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (10,15 vs. 6,32, $p < .01$), y entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (10,15 vs. 6,70, $p < .01$). En la escala ascetismo aparecen diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (8,55 vs. 5,82, $p < .01$). En la escala impulsividad se establecen diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (6,26 vs. 11,10, $p < .001$), del mismo modo que entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (11,10 vs. 4,46, $p < .001$). Por último, se aprecian diferencias significativas en la escala inseguridad social entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (12,00 vs. 8,38, $p < .01$), así como entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (12,00 vs. 5,91, $p < .001$).

En cuanto al efecto, se encontraron tamaños del efecto altos (entre 0,15 – 0,22) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en: escala de ineficacia, escala de desconfianza interpersonal, escala de inseguridad social y escala de impulsividad. Tamaños del efecto medios (entre 0,06 – 0,14) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en: escala de ascetismo, escala de insatisfacción corporal, escala de bulimia, escala de conciencia interoceptiva, escala de perfeccionismo y escala de miedo

a la madurez. Del mismo modo, también se encontraron tamaños del efecto bajos (entre 0,01 – 0,06) entre los tres grupos de conglomerados en la escala de obsesión por la delgadez.

8.5.1.3. Área de variables con componente emocional según el conglomerado de pertenencia

En este apartado se presentan los datos en relación a las siguientes variables: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad.

Tabla 8.44. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

	CONGLOMERADOS			$F_{(2, 115)}$ η^2	Bonferroni
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)		
Ansiedad Estado	38,48±13,33	35,57±12,30	26,82±13,44	7,20** 0,11	1>3** 2>3**
Ansiedad Rasgo	42,30±11,60	42,12±9,57	29,70±12,21	15,781*** 0,21	1>3*** 2>3***

Nota. Los datos corresponden a la media \pm desviación típica (DT). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Todas las filas se corresponden con las subescalas del STAI = Escala de ansiedad estado-rasgo.

Como se puede observar en la tabla 8.44 se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las dos variables del STAI: ansiedad estado ($F_{(2, 115)} = 7,20, p < .01$) y ansiedad rasgo ($F_{(2, 115)} = 15,78, p < .001$).

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observan diferencias significativas en todas las variables del STAI: en ansiedad estado se encuentran diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (38,48 vs. 26,82, $p < .01$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (35,57 vs. 26,82, $p < .01$). Y en ansiedad rasgo se encuentran diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (42,30 vs. 29,70, $p < .001$), del mismo modo que entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (42,12 vs. 29,70, $p < .001$).

Con respecto al tamaño del efecto, se obtuvieron tamaños del efecto altos (entre 0,15 – 0,21) entre los tres grupos de conglomerados en la escala ansiedad rasgo; y tamaños del efecto medios (entre 0,06 – 0,14) entre los tres grupos de conglomerados en la escala ansiedad estado.

Tabla 8.45. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck (BDI).

	CONGLOMERADOS			$F_{(2, 115)}$ η^2	Bonferroni
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)		
Total	26,06±8,53	25,58±7,94	18,25±8,80	9,63*** 0,14	1>3*** 2>3***

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT). * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. BDI = Inventario de depresión de Beck. Total = subescala de Depresión total del Inventario de depresión de Beck (BDI).

Como se puede observar en la Tabla 8.45 se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en depresión total ($F_{(2, 115)} = 9,63$, $p<. 001$).

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observan diferencias significativas en depresión total según el BDI, encontrando dichas diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (26,06 vs. 18,25, $p<. 001$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (25,58 vs. 18,25, $p<. 001$).

Por otra parte, se obtuvieron tamaños del efecto medios (entre 0,06 – 0,14) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en la escala de depresión total.

Tabla 8.46. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI).

	CONGLOMERADOS				Bonferroni
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)	$F_{(2, 115)}$ η^2	
Total	35,11±14,99	33,22±17,91	28,94±20,55	0,97 0,02	
Ansiedad Física	11,59±6,37	11,22±7,27	9,21±7,62	1,07 0,02	
Ansiedad Cognitiva	10,15±6,51	10,81±7,54	8,48±6,80	1,13 0,02	
Ansiedad Social	13,37±5,92	11,31±5,75	11,23±7,24	1,17 0,02	

Nota. Los datos corresponden a la media \pm desviación típica (DT). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Los datos de las filas se corresponden a las subescalas del ASI-3 = Inventario de sensibilidad a la ansiedad.

Tal y como puede observarse en la Tabla 8.46 no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas valoradas a través del Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3). Por otra parte, se obtuvieron tamaños del efecto pequeños (entre 0,01 – 0,06) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en todas y cada una de las subescalas (sensibilidad a la ansiedad total, sensibilidad a la ansiedad física, sensibilidad a la ansiedad cognitiva y sensibilidad a la ansiedad social).

8.5.1.4. Área de variables con componente conductual según el conglomerado de pertenencia

En este apartado se presentan los datos en relación con las siguientes variables: asertividad total, alexitimia señales, alexitimia verbal, alexitimia detalles, agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira, agresividad hostilidad, impulsividad planificación, impulsividad emoción, impulsividad conducta e impulsividad otras.

Tabla 8.47. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones de la escala de Asertividad de Rathus (RAS).

	CONGLOMERADOS				Bonferroni
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)	$F_{(2,115)}$ η^2	
Total	-27,75±24,73	-8,88±28,49	-3,47±23,53	6,95** 0,11	1<2** 1<3**

Nota. Los datos corresponden a la media \pm desviación típica (DT). * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. RAS = Escala de Asertividad de Rathus. Total = escala de Asertividad total de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS).

Como se puede observar en la Tabla 8.47 se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable de la escala de Asertividad de Rathus, asertividad total ($F_{(2,115)} = 6,95, p<.01$).

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observan diferencias significativas en asertividad total entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (-27,75 vs. -8,88, $p<.01$), así como entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (-27,75 vs. -3,47, $p<.01$).

En lo que respecta al efecto, se obtuvieron tamaños del efecto medios (entre 0,02 – 0,14) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en la escala de asertividad total.

Tabla 8.48. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).

	CONGLOMERADOS				Bonferroni
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)	$F_{(2,115)}$ η^2	
Total	61,37±13,78	53,82±16,09	46,14±15,28	7,33** 0,11	1>3***
Escala Señales	24,19±6,80	22,21±8,19	16,65±9,02	7,41** 0,11	1>3** 2>3**
Escala Verbal	17,43±5,57	15,90±5,85	14,44±4,83	2,19 p=0,117 0,04	
Escala Detalles	19,74±5,78	15,72±5,91	15,08±5,47	5,80** 0,09	1>2** 1>3**

Nota. Los datos corresponden a la media \pm desviación típica (DT). * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas de la TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto.

Al observar la Tabla 8.48 se pueden apreciar diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del TAS-20, a excepción de la escala verbal: alexitimia total ($F_{(2, 115)} = 7,33, p < .01$), escala señales ($F_{(2, 115)} = 7,41, p < .01$) y escala detalles ($F_{(2, 115)} = 5,80, p < .01$).

Si se analizan los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observan diferencias significativas en todas las variables de la Escala de Alexitimia de Toronto, a excepción de la ya mencionada escala verbal. Por una parte, en alexitimia total aparecen dichas diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (61,37 vs. 46,14, $p < .01$). En cuanto a la escala señales aparecen diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (24,19 vs. 16,65, $p < .01$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (22,21 vs. 16,65, $p < .01$). Por último, se han encontrado diferencias en la escala detalles entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (19,74 vs. 15,72, $p < .01$), del mismo modo que entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (19,74 vs. 15,08, $p < .01$).

Por otra parte, se obtuvieron tamaños del efecto medios (entre 0,06 - 0,14) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en: alexitimia total, escala señales y escala detalles; sin embargo se obtuvo un tamaño del efecto bajo (entre 0,01 - 0,06) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en escala verbal.

Tabla 8.49. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Cuestionario de Agresión (AQ).

	CONGLOMERADOS			$F_{(2, 115)}$ η^2	Bonferroni
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)		
Agresividad Física	1,84±0,61	2,51±0,96	1,88±0,74	9,04*** 0,14	1<2* 2>3*
Agresividad Verbal	2,32±2,64	2,88±0,74	2,64±0,74	5,15** 0,08	1<2**
Irascibilidad	2,92±0,81	3,31±0,77	2,85±0,66	4,97** 0,08	2>3*
Hostilidad	3,47±0,69	3,28±0,79	2,79±0,62	7,49** 0,12	1<3*** 2<3***

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Los datos de las filas se corresponden a las subescalas del AQ = Cuestionario de Agresión.

Como se puede observar en la Tabla 8.49 se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del Cuestionario de Agresividad: agresividad física ($F_{(2, 115)} = 9,04, p < .001$), agresividad verbal ($F_{(2, 115)} = 5,15, p < .01$), irascibilidad ($F_{(2, 115)} = 4,97, p < .05$) y hostilidad ($F_{(2, 115)} = 7,49, p < .01$).

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observan diferencias significativas en todas las variables del Cuestionario de Agresividad. En la agresividad física aparecen dichas diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (1,84 vs. 2,51, $p < .05$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (2,51 vs. 1,88, $p < .05$). En la agresividad verbal se presentan diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (2,32 vs. 2,88, $p < .01$). En cuanto a la irascibilidad se observan diferencias entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (3,31 vs. 2,85, $p < .05$). Por último, en la hostilidad se encuentran diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (3,47 vs. 2,79, $p < .001$), del mismo modo que entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (3,28 vs. 2,79, $p < .001$).

Del mismo modo, se obtuvieron tamaños del efecto medios (entre 0,06 – 0,14) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en todas y cada una de las subescalas (agresividad física, agresividad verbal, irascibilidad y hostilidad).

Tabla 8.50. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones de la Escala de impulsividad de Plutchnik (EI).

	CONGLOMERADOS			$F_{(2, 115)}$ η^2	Bonferroni
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)		
Total	15,78±5,40	21,19±7,56	16,64±6,19	8,01** 0,12	1<2** 2>3**
Escala Planificación	3,00±1,59	4,41±1,67	4,41±2,35	6,18** 0,10	1<2*
Escala Emociones	4,30±1,75	5,38±1,97	3,97±1,57	7,35** 0,11	1<2* 2>3**
Escala Conductas	2,15±1,46	3,40±1,92	2,88±1,85	4,46* 0,072	1<2**
Otras	6,37±3,42	8,34±4,02	6,48±3,10	4,05* 0,07	

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Los datos de las filas se corresponden a las subescalas del EI = Escala de impulsividad de Plutchnik.

Al observar la Tabla 8.50, se puede apreciar diferencias estadísticamente significativas en todas las variables de la Escala de impulsividad de Plutchnik: impulsividad total ($F_{(2, 115)} = 8,01, p < .01$), capacidad para planificar ($F_{(2, 115)} = 6,18, p < .01$), control de los estados emocionales ($F_{(2, 115)} = 7,35, p < .01$), control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales ($F_{(2, 115)} = 4,46, p < .05$) y control de otras conductas ($F_{(2, 115)} = 4,05, p < .05$).

Si se analizan los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observan diferencias significativas en todas las variables de la escala de impulsividad de Plutchnik, a excepción de la escala otras conductas. En impulsividad total aparecen dichas diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (15,78 vs. 21,19, $p < .01$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (21,19 vs. 16,64, $p < .01$). En capacidad para planificar se encuentran diferencias entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (3,00 vs. 4,41, $p < .01$). En cuanto a control de los estados emocionales, se observan diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado (4,30 vs. 5,38, $p < .05$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (5,38 vs. 3,97, $p < .01$). Por último, en control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales se aprecian diferencias entre el grupo sobrecontrolado y subcontrolado (2,15 vs. 3,40, $p < .01$).

En cuanto al efecto, se obtuvieron tamaños del efecto medios (entre 0,06 – 0,14) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en todas y cada una de las subescalas (impulsividad total; capacidad para planificar; control de los estados emocionales; control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales; y control de otras conductas).

8.5.4.5. Área de variables de autopercepción según el conglomerado de pertenencia

En este apartado se presentan los datos de las siguientes variables: escala de movilidad del NHP, escala dolor del NHP, escala de sueño del NHP, escala de aislamiento del NHP, escala de respuesta emocional del NHP, escala de energía del NHP, escala de percepción de apoyo social y autoestima total del EAR.

Tabla 8.51. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Perfil de Salud de Nottingham (NHP).

	CONGLOMERADOS				Bonferroni
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)	$F_{(2, 115)}$ η^2	
Total	16,37±8,03	16,00±8,96	9,82±8,31	6,43 ** 0,10	1>3** 2>3*
Escala de Movilidad	1,78±1,69	2,11±2,38	1,24±1,80	1,81 0,30	
Escala Dolor	1,63±2,32	2,33±2,93	1,48±2,05	1,36 0,02	
Escala Dueño	2,63±1,69	2,36±1,81	1,67±1,88	2,42 0,04	
Escala Aislamiento	2,81±1,73	2,22±1,59	1,30±1,45	7,09* 0,11	1>3*** 2>3*
Escala Respuesta Emocional	5,93±2,25	5,48±2,39	3,09±2,40	13,96*** 0,20	1>3*** 2>3***
Escala Energía	1,59±1,28	1,50±1,29	0,94±1,14	2,71 0,045	

Nota. Los datos corresponden a la media \pm desviación típica (DT). * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. Todas las filas se refieren a las subescalas del NHP = Perfil de Salud de Nottingham. Total = escala de Escala Total del Perfil de Salud de Nottingham (NHP).

Como se puede observar en la Tabla 8.51 se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del Perfil de Salud de Nottingham (NHP), exceptuando escala movilidad, escala dolor, escala sueño y escala energía: escala total ($F_{(2, 115)} = 6,43, p<. 01$), escala aislamiento ($F_{(2, 115)} = 7,09, p<. 05$) y escala respuesta emocional ($F_{(2, 115)} = 13,96, p<. 001$).

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observan diferencias significativas en todas las variables del NHP, a excepción de las excluidas anteriormente (escala movilidad, escala dolor, escala sueño y escala energía). En la escala total, aparecen diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (16,37 vs. 9,82, $p<. 01$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (16,00 vs. 9,82, $p<. 05$). En la escala aislamiento se encuentran diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (2,82 vs. 1,30, $p<. 001$), y entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (5,48 vs. 1,30, $p<. 05$). Por último, en la escala respuesta emocional se han encontrado diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (5,93 vs. 3,09, $p<. 001$), así como entre el grupo subcontrolado y el de alto funcionamiento (5,48 vs. 3,09, $p<. 001$).

En lo que respecta al efecto, se obtuvieron tamaños del efecto altos (entre 0,15 – 0,30) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en la escala de respuesta emocional y en la escala de movilidad. Tamaños del efecto medios (entre 0,06 – 0,14) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en la escala total y la escala de aislamiento. Así como tamaños del efecto bajos (entre 0,01 – 0,06) en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en: escala dolor, escala sueño y escala energía.

Tabla 8.52. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales (DUFSS).

	CONGLOMERADOS			$F_{(2, 115)}$ η^2	Bonferroni
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)		
Total	35,89±13,39	33,09±11,47	39,21±12,90	2,61 0,04	

Nota. Los datos corresponden a la media \pm desviación típica (DT). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. DUFSS = Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales. Total = subescala de Apoyo social total del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales (DUFSS).

Tal y como queda reflejado en la Tabla 8.52, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en apoyo social total valorado a través del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales. En cuanto al efecto, se obtuvo un tamaño del efecto bajo (entre 0,01 – 0,06) entre los tres grupos de conglomerados en apoyo social total.

Tabla 8.53. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes en las puntuaciones de la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR).

	CONGLOMERADOS			$F_{(2, 115)}$ η^2	Bonferroni
	Sobrecontrolado 1 (n=27)	Subcontrolado 2 (n=58)	Alto funcionamiento 3 (n=33)		
Total	20,59±4,53	23,43±6,72	25,32±6,17	4,44* 0,07	1<3*

Nota. Los datos corresponden a la media \pm desviación típica (DT). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. EAR = Escala de autoestima de Rosenberg. Total = escala de Autoestima Total de la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR).

Como se puede observar en la Tabla 8.53 se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variable de la Escala de Autoestima de Rosenberg: autoestima total ($F(2, 115) = 4,44, p < .05$).

Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observan diferencias significativas en autoestima total entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento (20,59 vs. 25,32, $p < .05$).

En cuanto al efecto, se obtuvo un tamaño del efecto medio (entre 0,06 – 0,14) entre los tres grupos de conglomerados en autoestima total.

8.6. Análisis discriminante

8.6.1. Análisis discriminante con las mismas variables incluidas en la formación de los conglomerados

Este análisis se realiza con el objetivo de analizar el peso que tienen las variables utilizadas en la generación de los conglomerados, es decir, el peso de cada variable a la hora de diferenciar entre los tres grupos.

En este caso las variables introducidas en el análisis han sido:

- Patrones de personalidad valorados a través de MCMI-III: patrón de personalidad evitativo, patrón de personalidad depresivo, patrón de personalidad dependiente, patrón de personalidad histriónico, patrón de personalidad narcisista, patrón de personalidad antisocial, patrón de personalidad agresivo, patrón de personalidad compulsivo, patrón de personalidad negativista, patrón de personalidad autodestructivo y patrón de personalidad límite.
- Patrones parentales referidos a través del PBI: cuidado total paterno, sobreprotección total paterna, cuidado total materno y sobreprotección total materna.
- Acontecimientos vitales estresantes referidos en: infancia-adolescencia, edad adulta, año previo al inicio de síntomas TCA y sumatorio de abusos.

El análisis ha seleccionado cinco variables para formar la función discriminante, dichas variables son: patrón de personalidad evitativo, patrón de personalidad límite, patrón de personalidad agresivo, patrón de personalidad depresivo y el sumatorio de abusos (ver Tabla 8.54).

Tabla 8.54. Variables introducidas en las funciones discriminantes con las mismas variables utilizadas en los conglomerados.

Paso	Variables introducidas	<i>Lambda de Wilks</i>	<i>F</i>	gl1	gl2	Sig.
1	Patrón de personalidad evitativo	0,40	86,39	2	115	,000
2	Patrón de personalidad límite	0,23	61,76	4	228	,000
3	Patrón de personalidad agresivo	0,20	46,63	6	226	,000
4	Patrón de personalidad depresivo	0,18	38,97	8	224	,000
5	Abuso	0,16	33,93	10	222	,000

En la siguiente tabla 8.57 se expone el análisis de las funciones discriminantes. Se han obtenido dos funciones discriminantes, dado que se cuenta con tres grupos en la variable dependiente. Ambas funciones, tomadas conjuntamente, permiten diferenciar entre sí los grupos (*Lambda de Wilks* = 0,62, $p < .000$) y la Función 2 (*Lambda de Wilks* = ,84, $p < .000$), que permite discriminar entre los otros dos grupos que no se diferenciaban en la primera.

Del mismo modo, también en la Tabla 8.55 se pueden observar, por un lado, que las funciones discriminantes reflejan poder de discriminación entre los 3 conglomerados, siendo mayor en el caso de la Función 1 en comparación con la Función 2, tal y como se desprende de los datos de la correlación canónica, que indica la relación entre la función discriminante y los grupos (para la Función 1 y para la Función 2) y de la *Lambda de Wilks* o distancia entre los grupos discriminados (para la Función 1 y para la Función 2). Por otro lado, se observa que el análisis de χ^2 arroja un nivel de significación elevado para la primera Función ($\chi^2_{(4)} = 54,69$, $p < .000$) y algo menor en la Función 2 ($\chi^2_{(1)} = 20,05$, $p < .000$). La primera función explica el 64,9 % de la variabilidad de los datos, mientras que la segunda función tan solo el 35,1 %.

Tabla 8.55. Funciones discriminantes resultantes con las mismas variables utilizadas en los conglomerados.

Función	Autovalor	Varianza explicada	Correlación canónica	Conjunto residual	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	gl	p
1	0,35	64,9 %	0,51	Entre 1 y 2	0,62	54,69	4	,000
2	0,19	35,1 %	0,40	Entre 2 y 2	0,84	20,05	1	,000

Analizando las comparaciones entre grupos por pares, se debe destacar que en el paso 5, tras la inclusión de todas las variables, estas permiten discriminar entre el conglomerado 1 y 2 ($F_{(5,111)} = 33,44$, $p < .000$), entre el 1 y el 3 ($F_{(5,111)} = 46,42$, $p < .000$) y entre el 2 y el 3 ($F_{(5,111)} = 29,14$, $p < .000$).

Con la finalidad de saber en qué medida contribuye cada una de las variables independientes a las funciones discriminantes extraídas, se analizan los coeficientes de función discriminante canónica estandarizados. De esta forma, se puede conocer qué variables son las que contribuyen a explicar, en mayor medida, la pertenencia al conglomerado, pues las variables que obtengan mayor coeficiente estandarizado en valor absoluto, serán las más altamente relacionadas con la pertenencia al conglomerado (el signo de la saturación canónica indicará el sentido directo o inverso de esta relación) (Ver Tabla 8.56).

Tabla 8.56. Cargas discriminantes de las variables incluidas en las funciones discriminantes con las mismas variables utilizadas en los conglomerados.

	Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas		Matriz de estructuras – Cargas discriminantes	
	Función 1	Función 2	Función 1	Función 2
Patrón de personalidad evitativo	,65	-,46	,83	-,27
Patrón de personalidad depresivo	,47	,10	,75	,12
Patrón de personalidad agresivo	,09	,51	,24	,65
Patrón de personalidad límite	,22	,54	,38	,71
Abuso	-,23	,38	-,06	,41

Las variables independientes que tengan en la matriz valores absolutos igual o superior a .30 se consideran variables relevantes. En este caso, superan 0,30 todas las variables de la Función 1, salvo la variable abuso, y todas las de la Función 2, excepto patrón de personalidad evitativo y patrón de personalidad depresivo.

En la Función 1 (aquella que tiene un mayor poder de predicción), las variables que más diferencian entre grupos son patrón de personalidad evitativo y abuso. La variable patrón de personalidad evitativo tiene signo positivo, por lo que se interpreta que a mayores niveles de patrón de personalidad evitativo, mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado más alto. Sin embargo, abuso tiene signo negativo, por lo que a mayor puntuación en estas variable mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado menor. En la Función 2, se encuentra una mayor diferencia entre las variables patrón de personalidad evitativo y patrón de personalidad límite; mientras que patrón de personalidad evitativo tiene signo negativo y, por lo tanto, se interpreta que a mayor puntuación en estas variable mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado menor, el patrón de personalidad límite tiene signo positivo, por lo que se interpreta que a mayores niveles de patrón de personalidad límite, mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado más alto. En la Tabla 8.57 aparecen los centroides de las funciones para cada uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.57. Centroides de las funciones con las mismas variables utilizadas en los conglomerados.

	Función 1	Función 2
Conglomerado 1	2,29	-,92
Conglomerado 2	-,078	1,04
Conglomerado 3	-1,73	-1,07

En la Tabla 8.58 se muestra la capacidad predictiva de este modelo, es decir, la capacidad para clasificar, de manera adecuada, a los participantes en este estudio, clasificando correctamente al 90,7 % de los casos agrupados originales. En concreto, clasifica correctamente al 96,3 % de los participantes del conglomerado 1, al 86,2 % del conglomerado 2 y al 93,9 del conglomerado 3. En todos los casos, los porcentajes están por encima del 33,3 % que sería la expectativa de clasificación correcta por azar, por lo que podemos concluir que el modelo es satisfactorio a la hora de clasificar a los participantes.

Tabla 8.58. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N de los grupos, con las mismas variables utilizadas en los conglomerados.

		Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3	Total
N (recuento)	Conglomerado 1	26	1	0	27
	Conglomerado 2	1	50	7	58
	Conglomerado 3	1	1	31	33
%	Conglomerado 1	96,3	3,7	,0	100
	Conglomerado 2	1,7	86,2	12,1	100
	Conglomerado 3	3,0	3,0	93,9	100

Por último, en la Tabla 8.59 se muestran los coeficientes de la función de clasificación, para construir con ellos las Funciones discriminantes lineales de Fisher. A partir de estas 3 funciones, una por cada grupo, y conociendo los valores de las variables independientes para un nuevo individuo, seremos capaces de clasificar a ese nuevo individuo en uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.59. Coeficientes de la función de clasificación, con las mismas variables utilizadas en los conglomerados.

	Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3
Patrón de personalidad evitativo	1,06	,40	,37
Patrón de personalidad depresivo	,83	,59	,32
Patrón de personalidad agresivo	,34	,52	,24
Patrón de personalidad límite	,43	,56	,20
Abuso	-1,09	,50	-,03
Constante	-23,70	-14,98	-5,02

A partir de los coeficientes de la Tabla 8.59 se construyen las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$F_I = 1,06 \times \text{patrón de personalidad evitativo} + ,83 \times \text{patrón de personalidad depresivo} + ,34 \times \text{patrón de personalidad agresivo} + ,43 \times \text{patrón de personalidad límite} - 1,09 \times \text{Abuso} - 23,70.$

$F_{II} = ,40 \times \text{patrón de personalidad evitativo} + ,59 \times \text{patrón de personalidad depresivo} + ,52 \times \text{patrón de personalidad agresivo} + ,56 \times \text{patrón de personalidad límite} + ,50 \times \text{abuso} - 14,98.$

$F_{III} = ,37 \times \text{patrón de personalidad evitativo} + ,32 \times \text{patrón de personalidad depresivo} + ,24 \times \text{patrón de personalidad agresivo} + ,20 \times \text{patrón de personalidad límite} - ,03 \times \text{abuso} - 5,02.$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que se obtenga mayor valor de estas tres funciones.

8.6.2. Análisis discriminante de área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2

Se realiza análisis discriminante con los conjuntos de síntomas de relevancia de los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2, con el fin de analizar el peso que tienen estas variables a la hora de diferenciar entre los tres conglomerados.

En este caso, las variables introducidas en el análisis han sido todas las escalas evaluadas a través del EDI-2: escala de obsesión por la delgadez, escala de bulimia, escala de insatisfacción corporal, escala de ineficacia, escala de perfeccionismo, escala de desconfianza interpersonal, escala de conciencia interoceptiva, escala de miedo a la madurez, escala de ascetismo, escala de impulsividad y escala de inseguridad social.

El análisis ha seleccionado para formar la función discriminante 2 variables que son: escala de impulsividad y escala de inseguridad social (Ver Tabla 8.60).

Tabla 8.60. Variables introducidas en las funciones discriminantes con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2.

Paso	Variables introducidas	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
1	Escala de Impulsividad	0,78	16,37	2	115	,000
2	Escala de Inseguridad social	0,62	15,38	4	228	,000

En la siguiente Tabla 8.61, se expone el análisis de las funciones discriminantes. Se han obtenido dos funciones discriminantes, dado que se cuenta con tres grupos en la variable dependiente. La primera función permite diferenciar entre un grupo y los otros dos (*Lambda de Wilks* = 0,62, $p < .000$), y la segunda función permite discriminar entre los otros dos grupos que no se diferenciaban en la primera (*Lambda de Wilks* = 0,84, $p < .000$).

Como se puede observar en la Tabla 8.61, las funciones discriminantes reflejan, por un lado, poder de discriminación entre los tres conglomerados, que es mayor en el caso de la Función 1 en comparación con la Función 2, tal y como se desprende de los datos de la correlación canónica, que indican la relación entre la función discriminante y los grupos (para la Función 1 y, para la Función 2), y de la Lambda de Wilks o distancia entre los grupos discriminados (para la Función 1 y, para la Función 2). Del mismo modo, el análisis de χ^2 arroja un nivel de significación elevado para la primera Función ($\chi^2_{(4)}=54,69$ $p<.000$). Además, la primera función explica el 64,9 % de la variabilidad de los datos y la segunda función el 35,1 %, de modo que se tomarán ambas funciones en consideración a la hora de construir la Función discriminante de Fisher para calificar nuevos casos.

Tabla 8.61. Funciones discriminantes resultantes con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2.

Función	Autovalor	Varianza explicada	Correlación canónica	Conjunto residual	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	gl	p
1	0,35	64,9 %	0,51	Entre 1 y 2	0,62	54,69	4	,000
2	0,19	35,1 %	0,40	Entre 2 y 2	0,84	20,05	1	,000

Analizando las comparaciones entre grupos por pares, se debe destacar que en el paso 2, tras la inclusión de todas las variables, estas variables permiten discriminar entre el conglomerado 1 y 2 ($F_{(2,114)}=19,27$, $p<000$), entre el 1 y el 3 ($F_{(2,114)}=11,97$, $p<.000$) y entre el 2 y el 3 ($F_{(2,114)}=14,37$, $p<.000$).

Con la finalidad de saber en qué medida contribuye cada una de las variables independientes a las funciones discriminantes extraídas, se analizan los coeficientes de función discriminante canónica estandarizados. De esta forma, se puede conocer qué variables son las que contribuyen a explicar, en mayor medida, la pertenencia al conglomerado, pues las variables que obtengan mayor coeficiente estandarizado en valor absoluto, serán las más altamente relacionadas con la pertenencia al conglomerado (el signo de la saturación canónica indicará el sentido directo o inverso de esta relación) (Ver Tabla 8.62).

Tabla 8.62. Cargas discriminantes de las variables incluidas en las funciones discriminantes con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2.

	Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas		Matriz de estructuras – Cargas discriminantes	
	Función 1	Función 2	Función 1	Función 2
Escala Impulsividad	1,04	,33	,76	,65
Escala Inseguridad Social	-,71	,82	-,30	,95

En la matriz, las variables independientes que tengan valores absolutos (da igual el signo), igual o superior a .30, se consideran variables relevantes. En este caso, en la Función 1 todas las variables independientes superan 0,30, al igual que ocurre en la función 2.

En la Función 1 (aquella que tiene un mayor poder de predicción) las variables que diferencian entre grupos son escala impulsividad y escala inseguridad social (son las dos variables entre las que hay más distancia). La variable escala impulsividad tiene signo positivo, por lo que se interpreta que mayor nivel en esa escala, mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado más alto. Mientras que la escala inseguridad social tiene signo negativo, a mayor puntuación en esta variable mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado menor. En el caso de la Función 2, ambas variables (escala inseguridad social y escala impulsividad) tienen signo positivo, por lo que se interpreta que a mayores niveles en esas escalas, mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado más alto. En la Tabla 8.63, aparecen los centroides de las funciones para cada uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.63. Centroides de las funciones con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2.

	Función 1	Función 2
Conglomerado 1	-,85	,49
Conglomerado 2	,56	,15
Conglomerado 3	-,29	-,66

En la Tabla 8.64 se muestra la capacidad predictiva de este modelo, es decir, la capacidad para clasificar de manera adecuada a los participantes en este estudio, clasificando correctamente al 60,2 % de los casos agrupados originales. En concreto, clasifica correctamente al 66,7 % de los participantes del conglomerado 1, al 58,6 % del conglomerado 2 y al 57,6 del conglomerado 3. En todos los casos los porcentajes están por encima del 33,3 % que sería la expectativa de clasificación correcta por azar, por lo que podemos concluir que el modelo es satisfactorio a la hora de clasificar a los participantes.

Tabla 8.64. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N de los grupos con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2.

		Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3	Total
N (recuento)	Conglomerado 1	18	3	6	27
	Conglomerado 2	9	34	15	58
	Conglomerado 3	7	7	19	33
%	Conglomerado 1	66,7	11,1	22,2	100
	Conglomerado 2	15,5	58,6	25,9	100
	Conglomerado 3	21,2	21,2	57,6	100

Por último, en la Tabla 8.65 se muestran los coeficientes de la función de clasificación, para construir con ellos las Funciones discriminantes lineales de Fisher. A partir de estas 3 funciones, una por cada grupo, y conociendo los valores de las variables independientes para un nuevo individuo, se puede clasificar a ese nuevo individuo en uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.65. Coeficientes de la función de clasificación con rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2.

	Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3
Escala Impulsividad	,03	,27	,06
Escala Inseguridad Social	,50	,24	,22
Constante	-4,20	-3,57	-1,90

A partir de los coeficientes de la Tabla 8.65 se construyen las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$$F_I = 0,03 * \text{escala impulsividad} + 0,50 * \text{escala inseguridad social} - 4,20$$

$$F_{II} = 0,27 * \text{escala impulsividad} + 0,24 * \text{escala inseguridad social} - 3,57$$

$$F_{III} = 0,06 - \text{escala impulsividad} + 0,22 * \text{escala inseguridad social} - 1,90$$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que obtenga un mayor valor de estas tres funciones.

8.6.3. Análisis discriminante de área de componente emocional

En este caso, por un lado, el objetivo es analizar el peso que tienen las variables del área de componente emocional (ansiedad rasgo según STAI, ansiedad rasgo según STAI, depresión según BDI, sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad) a la hora de diferenciar entre los tres conglomerados.

Por otro lado, las variables introducidas en el análisis han sido: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad.

El análisis ha seleccionado para formar la función discriminante 1 variable que es: ansiedad rasgo. En la siguiente Tabla 8.66 se expone el análisis de las funciones discriminantes. Se ha obtenido 1 función discriminante que permite diferenciar entre los grupos ($\text{Lambda de Wilks} = 0,79, p < .000$) (Ver Tabla 8.66.).

Tabla 8.66. Variables introducidas en las funciones discriminantes con las variables analizadas con componente emocional.

Paso	Variables introducidas	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
1	Ansiedad Rasgo	0,79	15,78	2	115	,000

Como se puede observar en la Tabla 8.67, la función discriminante refleja poder de discriminación entre los 3 conglomerados. Por otro lado, el análisis de χ^2 arroja un nivel de significación elevado para la Función ($\chi^2_{(2)} = 27,89$, $p < .000$). Además, la función explica el 100 % de la variabilidad de los datos, por lo que se tomará en consideración esta función a la hora de construir la Función discriminante de Fisher para clasificar nuevos casos.

Tabla 8.67. Funciones discriminantes con las variables analizadas con componente emocional.

Función	Autovalor	Varianza explicada	Correlación canónica	Conjunto residual	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	gl	p
1	0,28	100 %	0,47	Entre 1 y 2	0,79	27,89	2	,000

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Analizando las comparaciones entre grupos por pares, se muestra que en el paso 1, tras la inclusión de todas las variables, estas variables permiten discriminar entre el conglomerado 1 y 2 ($F_{(1,115)} = 0,01$, $p = 0.95$), entre el 1 y el 3 ($F_{(1,115)} = 20,09$, $p < .000$) y entre el 2 y el 3 ($F_{(1,115)} = 27,67$, $p < .000$).

Tabla 8.68. Cargas discriminantes de las variables incluidas en las funciones discriminantes con las variables analizadas con componente emocional.

	Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas	Matriz de estructuras – Cargas discriminantes
	Función 1	Función 1
Ansiedad Rasgo	1,000	1,000

En este caso se encuentra un coeficiente estandarizado de 1 y en la matriz, la variable Ansiedad rasgo supera el valor de .30, por lo que se considera relevante (Ver Tabla 8.68).

En la Tabla 8.69 aparecen los centroides de las funciones para cada uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.69. Centroides de las funciones con las variables analizadas con componente emocional.

	Función 1
Conglomerado 1	,33
Conglomerado 2	,32
Conglomerado 3	-,83

En la Tabla 8.70 se muestra la capacidad predictiva de este modelo, es decir, la capacidad para ordenar de manera adecuada a los participantes en este estudio, organizando correctamente al 42,4 % de los casos agrupados originales. En concreto, clasifica correctamente al 51,9 % de los participantes del conglomerado 1, al 25,9 % del conglomerado 2 y al 63,6 del conglomerado 3. En todos los casos, los porcentajes están por encima del 33,3 % que sería la expectativa de clasificación correcta por azar, salvo en el caso del conglomerado 2, de modo que no se puede considerar el modelo satisfactorio para la clasificación de los participantes.

Tabla 8.70. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N de los grupos, con las variables analizadas con componente emocional.

		Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3	Total
N (recuento)	Conglomerado 1	14	8	5	27
	Conglomerado 2	32	15	11	58
	Conglomerado 3	6	6	21	33
%	Conglomerado 1	51,9	29,6	18,5	100
	Conglomerado 2	55,2	25,9	19,0	100
	Conglomerado 3	18,2	18,2	63,6	100

Por último, en la Tabla 8.71 se muestran los coeficientes de la función de clasificación, para construir con ellos las Funciones discriminantes lineales de Fisher. A partir de estas 3 funciones, una por cada grupo, y conociendo los valores de las variables independientes para un nuevo individuo, seremos capaces de clasificar a ese nuevo individuo en uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.71. Coeficientes de la función de clasificación con las variables analizadas con componente emocional.

	Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3
Ansiedad rasgo	,36	,36	,25
Contante	-8,72	-8,66	-4,86

A partir de los coeficientes de la Tabla 8.71 se construyen las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$$F_I = 0,36 \times \text{ansiedad rasgo} - 8,72$$

$$F_{II} = 0,36 \times \text{ansiedad rasgo} - 8,66$$

$$F_{III} = 0,25 \times \text{ansiedad rasgo} - 4,86$$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que obtenga un mayor valor de estas tres funciones.

8.6.4. Análisis discriminante de área de componente conductual

Se va a analizar, a través del análisis discriminante, el peso que tienen las variables analizadas, con un componente conductual, a la hora de diferenciar entre los tres conglomerados.

En este caso, las variables introducidas en el análisis han sido: asertividad total, alexitimia señales, alexitimia verbal, alexitimia detalles, agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira, agresividad hostilidad, impulsividad planificación, impulsividad emoción, impulsividad conducta e impulsividad otras.

En la Tabla 8.72, puede observarse que el análisis ha seleccionado, para formar la función discriminante, cuatro variables: escala de agresividad física de AQ, escala de hostilidad de AQ, escala de planificación de EI y escala de detalles del TAS-20.

Tabla 8.72. Variables introducidas en las funciones discriminantes con las variables analizadas con componente conductual.

Paso	Variables introducidas	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
1	Escala de agresividad física del AQ	0,86	9,04	2	115	,000
2	Escala de hostilidad del AQ	0,75	8,64	4	228	,000
3	Escala de planificación del EI	0,70	7,44	6	226	,000
4	Escala detalles del TAS-20	0,64	6,93	8	224	,000

En la siguiente Tabla 8.73 se expone el análisis de las funciones discriminantes. Se han obtenido 2 funciones discriminantes, dado que se cuenta con 3 grupos en la variable dependiente. Ambas funciones tomadas conjuntamente permite diferenciar entre los grupos ($\text{Lambda de Wilks} = 0,64, p < .000$) y la segunda función ($\text{Lambda de Wilks} = 0,88, p < .000$).

Como se puede observar en la Tabla 8.73, las funciones discriminantes reflejan, por un lado, poder de discriminación entre los 3 conglomerados, que es mayor en el caso de la Función 1 en comparación con la Función 2, tal y como se desprende de los datos de la correlación canónica, que indica la relación entre la función discriminante y los grupos (para la Función 1 y para la Función 2) y de la Lambda de Wilks o distancia entre los grupos discriminados (para la Función 1 y para la Función 2). Por otro lado, el análisis χ^2 arroja un nivel de significación elevado para la primera Función ($\chi^2 (8) = 50,22, p < .000$). Además, a primera función explica el 72,9 % de la variabilidad de los datos, mientras que la segunda función ($\chi^2 (3) = 14,58, p < .00$) tan solo el 27,1 %, de modo que se tomarán ambas funciones a la hora de construir la Función discriminante de Fisher para clasificar nuevos casos.

Tabla 8.73. Funciones discriminantes resultantes con las variables analizadas con componente conductual.

Función	Autovalor	Varianza explicada	Correlación canónica	Conjunto residual	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	gl	p
1	0,37	72,9 %	0,52	Entre grupo 1 y 2	0,64	50,22	8	,000
2	0,14	27,1 %	0,35	Entre grupo 2 y 2	0,88	14,58	3	,002

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Analizando las comparaciones entre grupos por pares, se destaca que en el paso 4, tras la inclusión de todas las variables, estas variables permiten discriminar entre el conglomerado 1 y 2 ($F_{(4,112)} = 10,31, p < .000$), entre el 1 y el 3 ($F_{(4,112)} = 6,57, p < .000$) y entre el 2 y el 3 ($F_{(4,112)} = 4,41, p < .002$).

Con la finalidad de saber en qué medida contribuye cada una de las variables independientes a las funciones discriminantes extraídas, se analizan los coeficientes de función discriminante canónica estandarizados. De esta forma, se puede conocer qué variables son las que contribuyen a explicar en mayor medida la pertenencia al conglomerado, pues las variables que obtengan mayor coeficiente estandarizado en valor absoluto, serán las más altamente relacionadas con la pertenencia al conglomerado (el signo de la saturación canónica indicará el sentido directo o inverso de esta relación) (Ver Tabla 8.74).

Tabla 8.74. Cargas discriminantes de las variables incluidas en las funciones discriminantes, con las variables analizadas con componente conductual.

	Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas		Matriz de estructuras – Cargas discriminantes	
	Función 1	Función 2	Función 1	Función 2
Escala detalles del TAS-20	-,535	,196	-,471	,372
Escala de agresividad física del AQ	,718	,298	,519	,650
Escala de hostilidad del AQ	-,518	,730	-,196	,920
Escala de planificación del EI	,560	,164	,489	,373

En la matriz, las variables independientes que tengan valores absolutos (da igual el signo), igual o superior a .30, se consideran variables relevantes. En este caso, superan 0,30 todas las variables de la Función 1 y todas las de la Función 2.

En la Función 1 (aquella que tiene un mayor poder de predicción) las variables que más diferencian entre grupos son y escala de agresividad física del AQ (son las dos variables entre las que hay más distancia). La variable escala de agresividad física del AQ tiene signo positivo, por lo que se interpreta que mayores niveles de escala de agresividad física del AQ mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado más

alto. Mientras que escala detalles del TAS-20 tiene signo negativo, a mayor puntuación en esta variable mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado menor.

Con respecto a la Función 2, las variables que más diferencian entre grupos también son escala detalles del TAS-20 y escala de agresividad física del AQ (son las dos variables entre las que hay más distancia). En este caso ambas variables tienen signo positivo, por lo que se interpreta que a mayor puntuación en ellas, mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado mayor. En la Tabla 8.75, aparecen los centroides de las funciones para cada uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.75. Centroides de las funciones con las variables analizadas con componente conductual.

	Función 1	Función 2
Conglomerado 1	-1,051	,198
Conglomerado 2	,464	,241
Conglomerado 3	,045	-,586

En la Tabla 8.76, se muestra la capacidad predictiva de este modelo, es decir, la capacidad para ordenar de manera adecuada a los participantes en este estudio, organizando correctamente al 58,5 % de los casos agrupados originales. En concreto, clasifica correctamente al 74,1 % de los participantes del conglomerado 1, al 58,6 % del conglomerado 2 y al 45,5 del conglomerado 3. En todos los casos los porcentajes están por encima del 33,3 %, que sería la expectativa de clasificación correcta por azar, por lo que podemos concluir que el modelo es satisfactorio a la hora de clasificar a los participantes.

Tabla 8.76. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N de los grupos, con las variables analizadas con componente conductual.

		Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3	Total
N (recuento)	Conglomerado 1	20	2	5	27
	Conglomerado 2	8	34	16	58
	Conglomerado 3	10	8	15	33
%	Conglomerado 1	74,1	7,4	18,5	100
	Conglomerado 2	13,8	58,6	27,6	100
	Conglomerado 3	30,3	24,2	45,5	100

Por último, en la Tabla 8.77 se muestran los coeficientes de la función de clasificación, para construir con ellos las Funciones discriminantes lineales de Fisher. A partir de estas 3 funciones, una por cada grupo, y conociendo los valores de las variables independientes para un nuevo individuo, seremos capaces de clasificar a ese nuevo individuo en uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.77. Coeficientes de la función de clasificación con las variables analizadas con componente conductual.

	Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3
Escala detalles del TAS-20	,46	,32	,33
Escala de agresividad física del AQ	,10	1,42	,76
Escala de hostilidad del AQ	5,83	4,79	4,26
Escala de planificación del EI	,23	,69	,49
(Constante)	-16,20	-14,80	-11,12

A partir de los coeficientes de la Tabla 8.77, se construyen las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$$F_I = 0,46 \times \text{escala detalles del TAS-20} + 0,10 \times \text{escala de agresividad física del AQ} + 5,83 \times \text{escala de hostilidad del AQ} + 0,23 \times \text{escala de planificación del EI} - 16,20$$
$$F_{II} = 0,32 \times \text{escala detalles del TAS-20} + 1,42 \times \text{escala de agresividad física del AQ} + 4,79 \times \text{escala de hostilidad del AQ} + 0,69 \times \text{escala de planificación del EI} - 14,80$$
$$F_{III} = 0,33 \times \text{escala detalles del TAS-20} + 0,76 \times \text{escala de agresividad física del AQ} + 4,26 \times \text{escala de hostilidad del AQ} + 0,49 \times \text{escala de planificación del EI} - 11,12$$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que obtenga un mayor valor de estas tres funciones

8.6.5. Análisis discriminante de área de la autopercepción

A continuación, se presenta el análisis discriminante realizado con las variables analizadas relacionadas con el área de la autopercepción, con el objetivo de analizar el peso que tienen a la hora de diferenciar entre los tres conglomerados.

En este caso, las variables introducidas en el análisis son: escala de movilidad del NHT, escala dolor del NHT, escala de sueño del NHT, escala de aislamiento del NHT, escala de respuesta emocional del NHT, escala de energía del NHT, escala de percepción de apoyo social y autoestima total de EAR.

El análisis ha seleccionado para formar la función discriminante una variable: Escala de respuesta emocional del NHT (ver Tabla 8.78)

Tabla 8.78. Variables introducidas en las funciones discriminantes con las variables analizadas del área de la autopercepción.

Paso	Variables introducidas	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
1	Escala de respuesta emocional del NHT	0,81	13,96	2	115	.000

En la siguiente Tabla 8.78 se expone el análisis de la función discriminante. Se ha obtenido una función discriminante que permite diferenciar entre los grupos (*Lambda de Wilks* = 0,81, $p < .000$).

Del mismo modo, el análisis de χ^2 arroja un nivel de significación elevado para la Función ($\chi^2 (2) = 24,99$, $p < .000$). Además, la función explica el 100 % de la variabilidad de los datos por lo que se tomará en consideración esta función a la hora de construir la Función discriminante de Fisher para clasificar nuevos casos.

Tabla 8.79. Funciones discriminantes con las variables analizadas del área de la autopercepción.

Función	Autovalor	Varianza explicada	Correlación canónica	Conjunto residual	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	gl	p
1	0,24	100 %	0,44	Entre 1 y 2	0,81	24,99	2	.000

Analizando las comparaciones entre grupos por pares, se debe destacar que en el paso 1, tras la inclusión de todas las variables, estas permiten discriminar entre el conglomerado 1 y 2 ($F_{(1,115)} = ,66$, $p < .423$), entre el 1 y el 3 ($F_{(1,115)} = 21,34$, $p < .000$) y entre el 2 y el 3 ($F_{(1,115)} = 21,52$, $p < .000$).

En este caso, se encuentra un coeficiente estandarizado de 1 y, en la matriz, la variable escala de respuesta emocional según NHT supera el valor de .30, por lo que se considera relevante. En la Tabla 8.80 aparecen los centroides de las funciones para cada uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.80. Centroides de las funciones con las variables analizadas del área de la autopercepción.

	Función 1
Conglomerado 1	0,427
Conglomerado 2	0,240
Conglomerado 3	-0,771

En la Tabla 8.81 se muestra la capacidad predictiva de este modelo, es decir, la capacidad para organizar de manera adecuada a los participantes en este estudio, ordenando correctamente al 44,1 % de los casos agrupados originales. En concreto, clasifica de manera adecuada al 63,0 % de los participantes del conglomerado 1, al 17,2% del conglomerado 2 y al 75,8 del conglomerado 3. En todos los casos los porcentajes están por encima del 33,3 %, que sería la expectativa de clasificación correcta por azar; salvo en el caso del conglomerado 2, por lo que no podemos concluir que el modelo sea satisfactorio a la hora de clasificar a los participantes.

Tabla 8.81. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N de los grupos, con las variables analizadas del área de la autopercepción.

		Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3	Total
N (recuento)	Conglomerado 1	17	2	8	27
	Conglomerado 2	30	10	18	58
	Conglomerado 3	6	2	25	33
%	Conglomerado 1	63,0	7,4	29,6	100
	Conglomerado 2	51,7	17,2	31,0	100
	Conglomerado 3	18,2	6,1	75,8	100

Por último, en la Tabla 8.82 se muestran los coeficientes de la función de clasificación, para construir con ellos las Funciones discriminantes lineales de Fisher. A partir de estas 3 funciones, una por cada grupo, y conociendo los valores de las variables independientes para un nuevo individuo, se podrá clasificar a ese nuevo individuo en uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.82. Coeficientes de la función de clasificación con las variables analizadas del área de la autopercepción.

	Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3
Escala de respuesta emocional del NHT	1,06	,98	,55
(Constante)	-4,24	-3,79	-1,95

A partir de los coeficientes de la Tabla 8.82 se construyen las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$$F_I = 1,06 \times \text{escala de respuesta emocional del NHT} - 4,24$$

$$F_{II} = 0,98 \times \text{escala de respuesta emocional del NHT} - 3,79$$

$$F_{III} = 0,55 \times \text{escala de respuesta emocional del NHT} - 1,95$$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que obtenga un mayor valor de estas tres funciones.

8.6.6. Análisis discriminante con todas las variables valoradas en la muestra de estudio

En este caso es objetivo del análisis discriminante es analizar el peso que tienen estas variables a la hora de distinguir entre los tres conglomerados.

Las variables introducidas en el análisis son: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad, escala de obsesión por la delgadez, escala de bulimia, escala de insatisfacción corporal, escala de ineficacia, escala de perfeccionismo, escala de desconfianza interpersonal, escala de conciencia interoceptiva, escala de miedo a la madurez, escala de ascetismo, escala de impulsividad y escala de inseguridad social, asertividad total, alexitimia señales, alexitimia verbal, alexitimia detalles, agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira, agresividad hostilidad, impulsividad planificación, impulsividad emoción, impulsividad conducta e impulsividad otras, escala de movilidad del NHT, escala dolor del NHT, escala de sueño del NHT, escala de aislamiento del NHT, escala de respuesta emocional del NHT, escala de energía del NHT, escala de percepción de apoyo social del DUKE y autoestima total del EAR.

El análisis ha seleccionado cinco variables para formar la función discriminante: escala de impulsividad, escala de inseguridad social, ansiedad estado, agresividad física, alexitimia detalles (ver Tabla 8.83).

Tabla 8.83. Variables introducidas en las funciones discriminantes con todas las variables valoradas en la muestra de estudio.

Paso	Variables introducidas	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
1	Escala de impulsividad	0,78	16,37	2	115	,000
2	Escala de inseguridad social	0,62	15,38	4	228	,000
3	Ansiedad rasgo	0,53	14,02	6	226	,000
4	Agresividad física	0,49	11,83	8	224	,000
5	Alexitimia detalles	0,46	10,54	10	222	,000

En la siguiente Tabla 8.84 se expone el análisis de las funciones discriminantes. Se han obtenido dos funciones discriminantes, dado que se cuenta con tres grupos en la variable dependiente. Ambas funciones, tomadas conjuntamente, permiten distinguir entre los grupos (*Lambda de Wilks* = 0,46, $p < .000$) y la segunda función (*Lambda de Wilks* = 0,74, $p < .000$).

Como se puede observar en la Tabla 8.84, por un lado, las funciones discriminantes reflejan poder de discriminación entre los 3 conglomerados, que es mayor en el caso de la Función 1 en comparación con la Función 2, tal y como se desprende de los datos de la correlación canónica, que indican la relación entre la función discriminante y los grupos (para la Función 1 y, para la Función 2), y de la Lambda de Wilks o distancia entre los grupos discriminados (para la Función 1 y, para la Función 2). Por otro lado, el análisis de Chi cuadrado arroja un nivel de significación elevado para la primera función ($\chi^2_{(10)} = 87,79$, $p < .000$). Además, la primera función explica el 64 % de la variabilidad de los datos, mientras que la segunda función tan solo el 36 %, que presenta el siguiente análisis de Chi cuadrado. Aún así, se tomarán en consideración ambas funciones a la hora de la Función discriminante de Fisher para clasificar nuevos casos ($\chi^2_{(4)} = 33,61$, $p < .000$).

Tabla 8.84. Funciones discriminantes resultantes con todas las variables valoradas en la muestra de estudio.

Función	Autovalor	Varianza explicada	Correlación canónica	Conjunto residual	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	gl	p
1	,615	64 %	,615 ^a	Entre 1 y 2	,46	87,79	10	,000
2	,346	36 %	,346 ^a	Entre 2 y 2	,74	33,61	4	,000

Analizando las comparaciones entre grupos por pares, destaca que en el paso 5, tras la inclusión de todas las variables, estas permiten discriminar entre el conglomerado

1 y 2 ($F_{(5,111)} = 12,05, p < .000$), entre el 1 y el 3 ($F_{(5,111)} = 7,78, p < .000$) y entre el 2 y el 3 ($F_{(5,111)} = 11,31, p < .000$).

Con la finalidad de saber en qué medida contribuye cada una de las variables independientes a las funciones discriminantes extraídas, se analizan los coeficientes de función discriminante canónica estandarizados. De esta forma, se puede conocer qué variables son las que contribuyen a explicar en mayor medida la pertenencia al conglomerado, pues las variables que obtengan mayor coeficiente estandarizado en valor absoluto, serán las más altamente relacionadas con la pertenencia al conglomerado (el signo de la saturación canónica indicará el sentido directo o inverso de esta relación) (Ver Tabla 8.87).

Tabla 8.85. Cargas discriminantes de las variables incluidas con todas las variables valoradas en la muestra de estudio.

	Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas		Matriz de estructuras – Cargas discriminantes	
	Función 1	Función 2	Función 1	Función 2
Escala de impulsividad	,740	,028	,644	,302
Escala de inseguridad social	-,679	,496	-,102	,760
Ansiedad rasgo	,517	,549	,340	,767
Alexitimia detalles	-,250	,428	-,205	,465
Agresividad física	,452	-,132	,505	,041

En la matriz, las variables independientes que tengan valores absolutos (da igual el signo), igual o superior a .30, se consideran variables relevantes. En este caso, superan 0,30 todas las variables de la Función 1, excepto escala de inseguridad social y escala de alexitimia detalles, y todas las de la Función 2, excepto escala de agresividad física.

En la función 1 (aquella que tiene un mayor poder de predicción) las variables que más diferencian entre grupos son escala de impulsividad y escala de alexitimia detalles (son las dos variables entre las que hay más distancia), la variable escala de impulsividad tiene signo positivo, por lo que se interpreta que a mayores niveles de escala de impulsividad, mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado más alto, el 1. Mientras que escala de alexitimia detalles signo negativo muestra que a mayor puntuación en esta variable, mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado

menor. En el caso de la Función 2, las variables que más distinguen entre grupos son ansiedad estado y agresividad física, teniendo ambas variables signo positivo, es decir, a mayores puntuaciones en dichas variables, mayor probabilidad de pertenecer a un conglomerado más alto. En la Tabla 8.86 aparecen los centroides de las funciones para cada uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.86. Centroides de las funciones con todas las variables valoradas en la muestra de estudio.

	Función 1	Función 2
Conglomerado 1	-,89	,83
Conglomerado 2	,78	,07
Conglomerado 3	-,65	-,80

En la Tabla 8.87 se muestra la capacidad predictiva de este modelo, es decir, la capacidad para ordenar de manera adecuada a los participantes en este estudio, organizando correctamente al 66,1 % de los casos agrupados originales. En concreto, clasifica, de modo correcto, al 66,7 % de los participantes del conglomerado 1, al 67,2% del conglomerado 2 y al 63,6 % del conglomerado 3. En todos los casos los porcentajes están por encima del 33,3 % que sería la expectativa de clasificación correcta por azar, por lo que podemos concluir que el modelo es satisfactorio a la hora de clasificar a los participantes.

Tabla 8.87. Matriz de clasificación, sin tener en consideración el N de los grupos con todas las variables valoradas en la muestra de estudio.

		Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3	Total
N (recuento)	Conglomerado 1	18	5	4	27
	Conglomerado 2	10	39	9	58
	Conglomerado 3	9	3	21	33
%	Conglomerado 1	66,7	18,5	14,8	100
	Conglomerado 2	17,2	67,2	15,5	100
	Conglomerado 3	27,3	9,1	63,6	100

Por último, en la Tabla 8.88 se muestran los coeficientes de la función de clasificación, para construir con ellos las Funciones discriminantes lineales de Fisher. A partir de estas 3 funciones, una por cada grupo, y conociendo los valores de las variables independientes para un nuevo individuo, se puede clasificar a ese nuevo individuo en uno de los tres conglomerados.

Tabla 8.88. Coeficientes de la función de clasificación, con todas las variables valoradas en la muestra de estudio.

	Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3
Escala de impulsividad	-,04	,18	-,01
Escala de inseguridad social	,07	-,25	-,13
Ansiedad rasgo	,34	,38	,27
Alexitimia detalles	,55	,43	,42
Agresividad física	2,05	3,08	2,44
(Constante)	-15,97	-16,33	-10,19

A partir de los coeficientes de la Tabla 8.88 se construyen las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$F_I = -,04 \times \text{escala de impulsividad} + ,07 \times \text{escala de inseguridad social} + ,34 \times \text{ansiedad rasgo} + ,55 \times \text{alexitimia detalles} + 2,05 \times \text{agresividad física} - 15,97$

$F_{II} = ,18 \times \text{escala de impulsividad} - ,25 \times \text{escala de inseguridad social} + ,38 \times \text{ansiedad rasgo} + ,43 \times \text{alexitimia detalles} + 3,08 \times \text{agresividad física} - 16,33$

$F_{III} = -,01 \times \text{escala de impulsividad} - ,13 \times \text{escala de inseguridad social} + ,27 \times \text{ansiedad rasgo} + ,42 \times \text{alexitimia detalles} + 2,44 \times \text{agresividad física} - 10,19$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que obtenga un mayor valor de estas tres

Capítulo 9

Discusión

9.1. Introducción

En este último capítulo se va a proceder a realizar un análisis de las conclusiones obtenidas en la presente tesis. Para empezar, se presentan diversos apartados en los que se revisan cada uno de los objetivos planteados y los resultados obtenidos. Asimismo, se ha realizado una presentación sobre las limitaciones del estudio, y por último, se han señalado las aportaciones que se pueden extraer y posibles líneas para investigaciones futuras.

9.2. Análisis de variables sociodemográficas y variables consideradas relevantes en relación con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

El primer objetivo de esta tesis doctoral era analizar las características sociodemográficas y otras variables relevantes en la muestra de estudio, partiendo de la hipótesis de que se encontrarían resultados similares a estudios previos.

Como se ha explicado en el apartado de procedimiento, la muestra estudiada tiene unas características intrínsecas en relación con las variables de sexo y edad. Esto ha generado que toda la muestra esté formada por mujeres, ya que la variable sexo ha sido controlada como consecuencia de la no inclusión de los casos de varones, debido a su escaso número. En este sentido, los diversos estudios encuentran que la frecuencia de los TCA es mucho mayor en las mujeres que en los varones (Imaz et al., 2008; Hay et al., 2008; Hoek y van Hoeken, 2003; Mancilla-Díaz et al., 2007; Peláez-Fernández et al., 2008; Ruiz-Lázaro, 2013).

Por su parte, se ha encontrado que la media de edad de la muestra es de 31,90 ($DT = 10,23$). Rockert y colaboradores (2007) encuentran datos similares en su análisis de los resultados obtenidos en un centro ambulatorio de TCA en Toronto, donde la edad media de los pacientes que asisten es de 28,49 años, edad homologable a la obtenida en los estudios de Varela-Casal y colaboradores (2011), que señalan una edad media de 29,9 años, y similar a la del presente estudio. La edad de inicio de estas patologías es realmente inferior, pero como se indicó, en este caso se trata de una muestra clínica de pacientes todas ellas mayores de edad.

Más de la mitad de las participantes (66,1 %) tiene su residencia en un medio urbano, a pesar de la gran población rural que hay en Guadalajara. Este dato nos podría hacer plantearnos si los TCA se dan en mayor medida en la urbes frente a el medio rural, o si son las distancias y los problemas de desplazamiento los que reducen su número en el presente estudio.

Con respecto al origen, la mayoría de las participantes son originarias de España (85,6 %, n=101), frente al 14,4 % (n= 17) que son extranjeras. Estos datos son congruentes con lo encontrado por Gordon y colaboradores (2002) que señalaban la mayor presencia de estos trastornos en las mujeres de raza blanca, pero también con otros autores que los localizaban en otras razas (Cachelin et al., 2001; Gordon et al., 2002; Smolak y Striegel-Moore, 2001).

En lo que se refiere al estado civil, un 49,2 % (n=58) se encuentran solteras, el 33,9 % (n=40) casadas, y un 16,9 (n=20) en otra situación (divorciadas, separadas o viudas), siendo lo más habitual que no tengan ningún hijo (55,9 %, n=66). Estos datos pueden estar relacionados con la edad de la muestra de estudio.

En relación con el nivel educativo, el porcentaje más elevado lo encontramos en las participantes que han acabado sus estudios primarios (22 %; n=26), seguido de las que lo han hecho con los secundarios (bachillerato o BUP), a quienes corresponde el 16,1 % (n=19). Por su parte, un 58,5 % (n=69) se encuentra en activo, el 33,9 % (n=40) en trabajos cualificados, el 24,6 % (n=29) en trabajos no cualificados y el 27,1% (n=32) son estudiantes. Sobre estas cuestiones sociodemográficas no se han encontrado datos, pero sí en relación con el nivel socioeconómico, sobre el cual no hay conclusiones establecidas pero, en general, los autores afirman que los TCA serían más frecuentes en las poblaciones sociales más desfavorecidas (Pope et al., 1978), mientras que otros autores diferencian entre la anorexia neviosa (AN), que tendría su incidencia superior en los niveles socio-económicos elevados, y la bulimia nerviosa (BN), que afectaría en mayor medida a las clases sociales más desfavorecidas (Gard y Freeman, 1996).

Dentro de otras variables que se consideran importantes, se analizó el número y tipo de traslados que habían llevado a cabo las participantes, al considerar que esto

podría ser un acontecimiento relevante como generador de estrés o desajuste psicosocial. Los resultados indican que un 44,9 % (n=53) sí ha realizado algún traslado a lo largo de su vida, siendo el porcentaje mayor el de los participantes que han realizado un único traslado (71,7 %, n=38), y también siendo la mayoría de esos traslados nacionales (64,2 %, n=34). En la entrevista de valoración se les pregunta a las participantes si consideran tener apoyo por parte de sus familiares y un 66,1 % (n=78) señala percibirlo, indicando que el familiar del que consideran recibir más apoyo es la pareja (41 %, n=32), seguido de la madre (38,5 %, n=30). Esto puede deberse a la edad de las participantes, que al ser adultas, busquen apoyo en las relaciones de pareja.

Asimismo, se ha encontrado que el uso de Internet para buscar información relacionada con la alimentación está bastante generalizado en la muestra de estudio (66,1 %, n= 78). Estos datos van en la misma línea que se concluye en el reciente estudio de Peat y colaboradores (2015) en una investigación con adultos chinos, donde indican la asociación positiva entre el acceso a Internet y la creencia subjetiva de gordura, así como, la preocupación por la pérdida de control sobre la alimentación.

Al analizar los tipos de diagnósticos de TCA de la muestra estudiada, se encuentran los siguientes datos: un 28 % (n= 33) tiene diagnóstico de anorexia nerviosa, un 50 % (n=59) de bulimia nerviosa y un 22 % (n=26) de trastorno por atracón. Al usar las especificaciones diagnósticas de los TCA se obtiene un 18,6 % (n= 22) en anorexia nerviosa subtipo restrictivo y un 9,3 % (n=11) en anorexia nerviosa subtipo purgativo/compulsivo; frente al 33,9 % (n=40) en bulimia nerviosa purgativa y el 16,1% (n=19) en bulimia nerviosa no purgativa; y el 22 % (n=26) en trastorno por atracón (según criterios DSM-IV-TR Apéndice B). También se presentan más sujetos con BN que con AN en el citado estudio de Varela-Casal y colaboradores (2011) sobre los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (BN con un 38,3 %, y AN con un 28,8 %). El hecho de encontrar más pacientes con TCA específico es explicado por estos autores en relación con que el estudio es llevado a cabo en un dispositivo especializado en el abordaje de estos casos complejos y de alta gravedad, los cuales, en su inmensa mayoría, provienen de otros dispositivos donde no han respondido al tratamiento, por lo que parece más probable que pudiesen corresponderse con cuadros clínicos complejos de AN y BN, y no cuadros incompletos como TCANE. Esta misma explicación podría aplicarse en el presente estudio.

Según el tipo de conducta de compensación utilizado, se ha encontrado que el 34,7% (n=51) realiza conductas purgantes, frente al 34,4 % (n=41) que realiza conductas restrictivas con respecto a la alimentación, y el 22 % (n=26) que no realiza ninguna de estas conductas. El porcentaje de pacientes que realiza conductas purgativas (anorexia nerviosa purgativa y bulimia nerviosa purgativa) es del 55,4 % (n=51), frente al 44,6 % (n=41) que realiza conductas restrictivas o no purgativas (anorexia nerviosa restrictiva y bulimia nerviosa no purgativa).

Con respecto a otros diagnósticos del eje I del DSM-IV-TR, se ha encontrado que el 65,3 % (n= 77) solo tiene diagnóstico de TCA, frente al 34,7% (n=41) que cumple criterios diagnósticos para otro tipo de trastorno. De ellos, el 27,1% (n=32) cumple criterios de algún tipo de trastorno del estado de ánimo, el 6,8 % (n= 8) padece algún tipo de trastorno de ansiedad y el 0,8 (n=1) trastorno del control de los impulsos. El DSM-IV-TR indica los altos niveles de comorbilidad entre los TCA y otros trastornos psiquiátricos del eje I, especialmente con los trastornos de ansiedad, los trastornos del control de los impulsos y las adicciones. Como se puede comprobar, en la presente muestra se encuentra también un elevado número de pacientes que cumplen criterios para un trastorno del estado de ánimo. Estos diagnósticos son establecidos por los clínicos y reportados por los pacientes en la entrevista. En relación con la ansiedad, los estudios (Laessle et al., 1987; Schwalberg et al., 1992; Swinbourne y Touyz, 2007) señalan una prevalencia de entre el 25 % y el 75 % para BN y entre el 23 % y el 75 % para AN. En cuanto a los trastornos del control de impulsos (Bulik et al., 2004; Corstorphine et al., 2007; Fernández-Aranda et al., 2008), ha sido definido un subtipo de BN denominada bulimia multiimpulsiva en la que aparece la sintomatología alimentaria típica de estos pacientes y también existe una tendencia a la inestabilidad afectiva e interpersonal, escasa tolerancia a la frustración, gestos suicidas y consumo de sustancias.

Como diagnóstico en el eje II del DSM-IV-TR se encuentra que el trastorno límite de la personalidad es el principal, con un 9,3 % (n=11), y sin cumplir criterios para el diagnóstico de trastorno de la personalidad pero con rasgos disfuncionales de personalidad, se encuentra un 15,3 % (n=18). Godt realizó en el 2008 un estudio con pacientes de TCA y con diagnóstico realizado a través de entrevista estructurada en el que concluyó que el 29,5 % de los pacientes con TCA tienen uno o más trastornos de la

personalidad, según criterios del DSM III-R o del DSM IV. Por su parte, diversos estudios han determinado cuáles son los trastornos de la personalidad más frecuentes derivados por los trastornos de la alimentación; pero el efecto de la relación entre los trastornos de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria en el tratamiento, es todavía poco claro. Lo que ha quedado patente es que la presencia de un trastorno de la personalidad junto a una alteración de la conducta alimentaria complica el cuadro clínico. En concreto, hace más difícil la detección temprana del problema, dificulta el tratamiento y ensombrece el pronóstico terapéutico (Díaz-Marsá et al., 1999).

En el presente estudio un 32,2 % (n=38) de las participantes refiere antecedentes familiares de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, información que es necesario recoger, ya que este factor podría estar interfiriendo en la sintomatología del paciente y puede estar involucrado como desencadenante o factor de mantenimiento de los TCA. Sobre esta área, León y colaboradores (2010) realizan un estudio en una muestra de 44 mujeres con trastorno de la conducta alimentaria, y encuentran que un porcentaje elevado (40 %) de los participantes refirió antecedentes de TCA en la familia, siendo esos porcentajes mayores en relación con la familia extensa (primas y tías) y de primer grado. A su vez, el porcentaje de pacientes que refirieron antecedentes familiares en ese estudio es concordante con el encontrado por Ochoa de Alda y colaboradores (2006), quienes encontraron que el 43 % de pacientes refería antecedentes familiares de TCA. Por su parte, se puede evidenciar que los resultados encontrados en el presente estudio son similares, aunque levemente inferiores.

Con respecto a los tratamientos previos, se ha encontrado que un 39,8 % (n=47) ha recibido algún tipo de tratamiento de psicoterapia previo, frente al 60,2 % (n=71) que no ha recibido ningún tipo de tratamiento de este tipo. El hecho de que la valoración y recogida de información para el presente estudio se lleve a cabo en la primera entrevista nos haría pensar que la mayoría de las pacientes se encuentran en su primer contacto con un dispositivo de salud mental. Sin embargo, lo que se encuentra es que más de un tercio de ellas ya han tenido algún tratamiento previo. No se puede olvidar que el dispositivo desde el que se lleva a cabo este estudio es un recurso especializado al que otros especialistas derivan los casos, una vez cumplen los criterios para un TCA. Con respecto a las pacientes que han recibido tratamiento de psicoterapia, el 65,9 % (n=31) refiere haber recibido tratamiento individual, un 6,4 % (n=3) ha recibido tratamiento

grupal y un 27,6 % (n=13) ambos tipos de intervenciones. Con respecto al tratamiento psicofarmacológico, se ha encontrado que un 48,3 % (n=57) no recibió ningún tratamiento de este tipo, frente al 51,7 % (n=61) que sí lo hizo. Como se puede apreciar, algo más de la mitad de las pacientes ha recibido tratamiento psicofarmacológico previo. La duración media del tratamiento de psicoterapia, en meses, es de 19,05 (DT=111,59) y la del tratamiento psiquiátrico previo, en meses, es de 21,89 (DT=112,23). Con respecto al tratamiento psicofarmacológico, el 77,1 % (91) estaba tomando algún tipo de psicofármaco en el momento de la valoración, siendo lo más común la prescripción de antidepresivos (74,6%, n=88), seguida de los ansiolíticos (50,8 %, n=60). Estos datos pueden entenderse debido a que el estudio se realiza en un dispositivo especializado.

De modo que a la vista de los resultados anteriormente señalados, puede concluirse que se confirma la hipótesis planteada, encontrando en la presente tesis doctoral resultados similares a estudios previos en las variables sociodemográficas y otras variables consideradas relevantes, sobre las que se han encontrado referencias.

9.3. Estudio de los acontecimientos vitales estresantes en tres periodos temporales: infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Gordon (1990) propuso que el origen de los TCA se asocia, a menudo, con acontecimientos estresantes en alguna etapa de la vida en la que el individuo es más susceptible de padecerlos; mientras que otros estudios indican que, tras un año post-diagnóstico, un menor número de acontecimientos vitales estresantes será predictivo de una menor severidad en el trastorno. Es por ello que el segundo objetivo de la presente tesis era estudiar los acontecimientos vitales estresantes referidos por los pacientes atendidos en el Dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara del programa de trastornos de la conducta alimentaria; partiendo de la hipótesis de que se encontrarían más acontecimientos vitales estresantes relativos al grupo primario de apoyo en los tres periodos temporales analizados: infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de los síntomas de TCA.

Para alcanzar el objetivo señalado se recogieron los datos a través de entrevista, clasificando la información según los criterios del eje IV del DSM-IV, problemas psicosociales y ambientales (American Psychiatric Association, 1994). Esta información se recogió en relación a tres periodos temporales: infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de la sintomatología de TCA.

Los resultados indican que el 84,7 % (n=100) de los pacientes informa de algún AVE en la infancia y adolescencia categorizado por los criterios señalados, el 69,5 % (n=82) informa de algún AVE en la edad adulta y el 81,4 % (n=96) informa de algún AVE en el año previo al inicio de los síntomas de TCA. De modo que se puede observar un elevado porcentaje de AVE referidos en todos los momentos valorados, siendo mayor en la infancia-adolescencia (84,7 %) y menor en la edad adulta (69,5 %). (Ver Tabla 9.1).

Tabla 9.1. Resumen de los acontecimientos vitales estresantes (AVE) en los tres periodos temporales valorados.

Periodo temporal	AVE referido	Porcentaje
Infancia-adolescencia	Sí	84,7 % (n=100)
Edad adulta	Sí	69,5 % (n=82)
Año previo	Sí	81,4 % (n=96)

Nota: AVE = Acontecimientos vitales estresantes

Tal y como queda reflejado en la tabla previa (Tabla 9.1), se han encontrado elevados porcentajes de acontecimientos vitales estresantes referidos en estos pacientes. En la revisión bibliográfica realizada al respecto, autores como Thabrew y colaboradores (2012) ya han constatado que la presencia de eventos o acontecimientos estresantes tiene implicaciones importantes en la salud física y emocional de las personas y, además, se ha asociado con una mayor vulnerabilidad a la psicopatología y a un peor estado físico en la edad adulta (Shonkoff et al., 2012). Perpiñá (2015) apunta que, al igual que en otro tipo de patologías, las vivencias de acontecimientos desestabilizadores también se han señalado en los TCA como factores de vulnerabilidad.

A continuación, se van a analizar las categorías donde se ha encontrado un mayor número de acontecimientos vitales estresantes referidos según los criterios del eje IV

del DSM-IV (1994), para poder determinar qué tipo de AVE predomina en cada etapa valorada. Para delimitar el análisis, se ha decidido tener en cuenta las tres áreas con mayor porcentaje por periodo temporal analizado (infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de sintomatología TCA).

9.3.1. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en infancia-adolescencia

Las tres categorías de AVE donde se ha encontrado un mayor porcentaje en el periodo de infancia-adolescencia son: problemas relativos al grupo primario, problemas relativos a la enseñanza y problemas relativos al ambiente social. A continuación, se muestra una tabla resumen con los datos (ver Tabla 9.2):

Tabla 9.2. Resumen de principales categorías de acontecimientos vitales estresantes (AVE) en infancia-adolescencia.

AVE	Ocurrencia	Porcentaje
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	Sí	76,27 % (n=90)
Problemas relativos a la enseñanza	Sí	33,9 % (n=40)
Problemas relativos al ambiente social	Sí	18,64 % (n=22)

Nota: AVE = Acontecimientos vitales estresantes

Los problemas relativos al grupo primario de apoyo incluyen: fallecimiento de un miembro de la familia; problemas de salud en la familia; perturbación familiar por separación, divorcio o abandono; cambio de hogar; nuevo matrimonio de uno de los padres; abuso sexual o físico; sobreprotección de los padres; abandono del niño; disciplina inadecuada; conflictos con los hermanos y nacimiento de un hermano. Se encuentra que un 76,27 % (n=90) de la muestra informa de este tipo de AVE en la infancia-adolescencia. Los problemas relativos a la enseñanza hacen referencia a: analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase y el ambiente escolar inadecuado. El 66,1% (n=78) de los participantes no refiere estos problemas, mientras que el 33,9 % (n=40) sí. Y los problemas relativos al ambiente social hacen referencia a: fallecimiento o pérdida de un amigo; apoyo social inadecuado; vivir solo; dificultades para adaptarse a otra cultura; discriminación y adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (como la jubilación). En este

sentido, se encuentra que el 18,64 % (n=22) refiere haber sufrido dificultades de esta índole.

La presencia de acontecimientos vitales estresantes en la infancia-adolescencia está asociada con diferentes complicaciones en el curso de las patologías mentales, como mayor comorbilidad y gravedad, peor respuesta al tratamiento farmacológico y peor pronóstico (Álvarez et al., 2011; Nanni et al., 2012; Teicher y Smanson, 2013). El hecho de que la principal categoría en la que se encuentran AVE en la etapa de la infancia-adolescencia sean los problemas relativos al grupo primario de apoyo hace pensar en la importancia de los vínculos en esas edades. Además, dentro de esta categoría se encontraría la presencia de abusos, que ya sido relacionada con una mayor presencia de síntomas y trastornos mentales (Carr et al., 2013; Sala et al., 2014; Subica, 2013).

9.3.2. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en la edad adulta

Las tres categorías de AVE donde se han obtenido mayores porcentajes en el periodo de la edad adulta son: problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas relativos al ambiente social y los problemas económicos. Estos datos pueden verse en la Tabla 9.3:

Tabla 9.3. Tabla resumen de principales categorías de acontecimientos vitales estresantes (AVE) en edad adulta.

AVE	Ocurrencia	Porcentaje
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	Sí	65,25 % (n=77)
Problemas relativos al ambiente social	Sí	10,17 % (n=12)
Problemas económicos	Sí	5,93% (n=7)

Nota: AVE = Acontecimientos vitales estresantes

Al igual que en el periodo temporal señalado previamente, es decir, en infancia-adolescencia, en la Edad adulta se encuentra que los problemas relativos al grupo primario de apoyo los referidos con un mayor porcentaje, un 65,25 % (n=77) de la muestra, frente al 34,75 % (n=41). Seguido de los problemas relativos al ambiente social, con un 10,17 % (n=12) que sí las presenta y un 89,83 % (n=106) no presenta dificultades de esta índole; y los problemas económicos hacen referencia a: la pobreza

extrema, la economía insuficiente y las ayudas socioeconómicas insuficientes, y que son referidos por un 5,93 % (n=7), frente al 94,07 % (n=111) que no refiere ninguno de estos problemas.

Como puede observarse en los datos obtenidos sobre los AVE en la edad adulta, y en la misma línea de lo señalado en el periodo temporal de la infancia-adolescencia, la principal categoría referida es la relacionada con los problemas relativos al grupo primario de apoyo. Este resultado va en la línea de lo ya planteado por autores como Schmidt y colaboradores (1997) que señalaban que durante el año previo al desencadenamiento de estas patologías, los eventos estresantes habitualmente precedían la aparición de los TCA, y encontrando que los problemas más cercanos estaban en relación o dificultaban las relaciones con familiares cercanos y amigos, y en el caso de las pacientes con bulimia nerviosa había una presencia significativamente mayor de conflictos interpersonales en comparación con las pacientes con anorexia nerviosa.

9.3.3. Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en el año previo al inicio de sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Las tres categorías de AVE donde se ha obtenido mayor porcentaje en el año previo al inicio de la sintomatología TCA son: problemas relativos al grupo primario, problemas relativos a la enseñanza y problemas relativos al ambiente social. De nuevo, se pueden visualizar los datos estadísticamente significativos en la Tabla 9.4.

Tabla 9.4. Tabla resumen de principales categorías de acontecimientos vitales estresantes (AVE) en año previo.

AVE	Ocurrencia	Porcentaje
Problemas relativos al grupo primario	Sí	65,25 % (n=77)
Problemas relativos a la enseñanza	Sí	22 % (n=25)
Problema relativos al ambiente social	Sí	14,41 % (n=17)

Nota: AVE = Acontecimientos vitales estresantes

Con respecto a los AVE que son referidos mayormente en relación con el año previo al inicio de los síntomas de TCA, se encuentra en un primer lugar, los problemas

relativos al grupo primario con un 65,25 % (n=77) de los participantes que informan de este tipo de AVE. Después se sitúan los problemas relativos a la enseñanza, donde el 78% (n=90) de los participantes no refiere dichos problemas, mientras que el 22 % (n=25) sí. Y en tercer lugar, los problemas relativos al ambiente social, con un 85,59 % (n=101) de la muestra que no refiere haber sufrido problemas de este tipo, frente al 14,41 % (n=17) que sí los indican (Ver Tabla 9.4).

Son diversos los estudios que encuentran un elevado número de AVE en los meses previos del comienzo de la anorexia nerviosa (Rastam y Gillberg, 1992) o la bulimia nerviosa (Welch y Fairburn, 1997). Estos últimos autores, Welch y Fairburn (1997), a su vez especifican tipos de AVE, como son la disrupción familiar, problemas en las relaciones sociales o amenaza a la seguridad física. Pike y colaboradores (2006) señalan los siguientes acontecimientos como desencadenantes de anorexia nerviosa en adolescentes: conflictos y separaciones familiares, cambios de colegio o mudanzas, y aumento en las presiones académicas. En un estudio retrospectivo realizado por Schmidt y colaboradores (1997), durante el año previo al desencadenamiento de estas patologías, los eventos estresantes habitualmente precedían la aparición de los TCA, determinando así la existencia de un estrés crónico severo en estos pacientes. Estos autores indicaban que los problemas más comunes afectaban a sus relaciones con familiares cercanos y amigos, y en las pacientes con bulimia nerviosa encontraron significativamente más conflictos interpersonales en comparación con las pacientes con anorexia nerviosa. En la misma línea, Behar y Valdés (2009) también indicaron que las pacientes con TCA se caracterizaron por exhibir mayores niveles acumulados de estrés durante el año previo al inicio de su patología, medidos mediante frecuencia de eventos estresantes y comparados con una muestra de estudiantes sin esta patología. A su vez, los eventos más frecuentemente referidos por las pacientes difirieron del grupo comparativo, siendo los principales aquellos relacionados con conflictos familiares y cambios en los hábitos.

De modo que los datos obtenidos serían congruentes con los estudios previos, refiriendo nuestras pacientes mayores niveles de acontecimientos vitales estresantes categorizados como problemas relativos al grupo primario. Después se encontrarían, con porcentajes menores, los problemas relativos a la enseñanza y problemas relativos al ambiente social. Es posible que estos porcentajes, mejores en estas dos categorías, puedan venir explicados por la edad de la muestra de estudio de la presente tesis, es

decir, al estar analizando a pacientes con TCA adultos, con una edad media de 31,90 ($DT = 10,23$), no es de extrañar que ya no se encuentren tan vinculados al ambiente académico y, al ser el registro de datos retrospectivo, se puede estar produciendo una minimización o una falta de recuerdo de la influencia de ese tipo de acontecimientos.

Por último, se realiza una presentación de la principal categoría de acontecimientos vitales estresantes referidos, según los criterios del eje IV del DSM-IV (1994), en los tres periodos temporales valorados: infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de síntomas de TCA. Estos resultados puede observarse en la Tabla 9.5.

Tabla 9.5. Tabla resumen de principales categorías de acontecimientos vitales estresantes (AVE) en los tres periodos temporales valorados: infancia-adolescencia, edad adulta y año previo al inicio de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria.

Etapa	AVE	Ocurrencia	Porcentaje
Infancia-adolescencia	Problemas relativos al grupo primario de apoyo	Sí	76,27 % (n=90)
Edad adulta	Problemas relativos al grupo primario de apoyo	Sí	65,25 % (n=77)
Año previo	Problemas relativos al grupo primario de apoyo	Sí	65,25 % (n=77)

Nota: AVE = Acontecimientos vitales estresantes

Como puede observarse en la Tabla 9.5, los problemas relativos al grupo primario de apoyo son los que los pacientes con TCA refieren en mayor media cuando se les pregunta por la infancia-adolescencia, encontrando que un 76,27 % (n=90) de la muestra informa de este tipo de AVE. Los mismos resultados, pero con porcentajes algo inferiores, se encuentran en la edad adulta y en el año previo al inicio de los síntomas de TCA, con un 65,25 % (n=77) en ambas etapas. En esta misma línea, se han manifestado los autores en estudios previos, tal y como se ha ido señalando en los anteriores apartados, apuntado que son los estresores del grupo primario los de mayor importancia (Beck et al., 1983; Beckham y Leber, 1997; Clark et al., 1999; Dobson y Kendall, 1993).

Todos los resultados presentados previamente van en la línea de las hipótesis del presente trabajo, donde se esperaba un mayor porcentaje de AVE relativo a los

problemas del grupo primario frente a los demás, en los tres periodos temporales valorados.

9.4. Comparaciones entre entidades diagnósticas

Tal y como ha quedado reflejado en la parte teórica de esta tesis, a día de hoy no existen evidencias suficientes para apoyar la validez clínica de los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). De modo que hay un cuestionamiento sobre los criterios de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) como grupos discretos de síntomas, aunque hay que reconocer que se han dado pasos importantes en la distinción entre los TCA, asimismo es importante tener en cuenta que hay problemas considerables que perduran.

Uno de estos problemas es el hecho de que el DSM no distinga con precisión cada uno de los TCA. Un ejemplo de este problema es la considerable superposición de los síntomas entre los diagnósticos de AN y BN, en particular, con respecto a los síntomas de preocupación obsesiva sobre el peso del cuerpo, la alimentación restrictiva y el miedo a la gordura (Thaw et al., 2001).

Una segunda preocupación por el actual sistema de clasificación es la distinción, o falta de ella, entre las personas que cumplen los criterios diagnósticos completos en comparación con aquellos que se encontrarían a nivel subumbral para la misma categoría diagnóstica (Crow et al., 2002). La falta de una clara distinción ha dado como resultado que el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) se haya convertido en un cajón desastre en el que se incluyen aproximadamente un tercio de todos los pacientes con trastornos de la alimentación. La importancia de los pacientes no clasificados dentro de los criterios establecidos, se puso de relieve en un estudio realizado por Crow y colaboradores (2002), donde los autores encontraron que, a pesar de que la AN, BN y categoría TCANE, podían distinguirse unas de otras, los pacientes totales y subumbral de AN y los TCANE no podían distinguirse.

Así pues, el sistema de clasificación debe permitir diferenciar a los individualmente clasificados en cada uno de los diagnósticos, de modo que los

individuos con BN deben ser fiablemente diferentes de los individuos con AN, sobre las variables que no están incluidas en los criterios de diagnóstico en sí. Si los trastornos no difieren en tales variables externas y solo difieren en los signos y síntomas incluidos en el conjunto de criterios de diagnóstico, la clasificación no tendría utilidad.

Asimismo, se ha de tener en cuenta el fenómeno de la transición diagnóstica o entrecruzamiento diagnóstico (Fairburn y Harrison, 2003). Se ha encontrado que la mitad de los pacientes con AN terminan por desarrollar una BN, un tercio de los pacientes con BN provienen de una historia previa de AN y otro tercio ha presentado historia de sobrepeso u obesidad. También es bastante común que los pacientes con AN alternen entre sintomatología restrictiva y purgativa en diferentes momentos del trastorno y en torno a un 50 % de los pacientes con AN desarrollan posteriormente BN (Bulik et al., 1997). Este fenómeno genera continuos cruces o cambios de diagnóstico y planteó dudas sobre el curso, la recaída, los subtipos o los propios criterios de los TCA (Eddy et al., 2008). Se han identificado los siguientes factores de riesgo de cambio de diagnóstico de AN a BN o de BN a AN: baja autosuficiencia o autonomía, elevadas críticas paternas, abuso/dependencia de alcohol y bajo nivel de búsqueda de sensaciones (Tozzi et al., 2005). Desde estos hallazgos, Fairburn y colaboradores (2003) han impulsado un modelo teórico conocido como teoría transdiagnóstica de los TCA, que se basa en la idea de que los trastornos de la conducta alimentaria, independientemente del subtipo, son mantenidos por los mismos procesos psicopatológicos.

Si bien es verdad que el DSM es un documento clínico y es posible que muchos de sus diagnósticos puedan carecer de validez como categorías con zonas de rareza que las diferencien del resto de categorías adyacentes. Sin embargo, los clínicos seguirán necesitando una colección de descriptores diagnósticos que son, al menos clínicamente, útiles, aunque el estado en cuestión sería si son o no científicamente válidos. Así pues, mientras que variables como la genética, los antecedentes familiares o los acontecimientos traumáticos pueden ser realmente útiles a nivel etiológico, otras variables, como la repuesta al tratamiento o el curso/pronóstico, pueden ayudar más a los clínicos, en las construcciones diagnósticas. Por consiguiente, los validadores clínicos más significativos pueden no ser los validadores científicos más importantes y esto plantea un punto muy importante, que es que la validez debe juzgarse en términos de los fines de clasificación.

De modo que otro de los objetivos de la presente tesis es estudiar las diferencias que existen entre las distintas variables analizadas según el tipo y subtipo de diagnóstico de TCA. A este respecto se ha planteado que se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en todas las variables analizadas y en los tres tipos diagnósticos, y lo mismo ocurrirá al analizar los subtipos diagnósticos.

9.4.1. Comparación con tres grupos diagnósticos

Para llevar a cabo el objetivo planteado, primero se ha realizado una comparación entre los tres grupos diagnósticos principales: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TA). Entre estos grupos diagnósticos, los resultados del ANOVA de un factor señalan que no existen diferencias significativas entre los grupos y la edad, encontrando solo diferencias en escasas variables de las estudiadas (estilos de personalidad, estilos parentales, características psicológicas relacionadas con el TCA, ansiedad, depresión, sensibilidad a la ansiedad, asertividad, alexitimia, agresividad, impulsividad, perfil de salud percibida, relaciones sociales y autoestima), de modo que no se cumple la hipótesis planteada donde se esperaba encontrar diferencias estadísticamente significativas en todas las variables analizadas.

A continuación se detallan aquellas variables sobre las que se han encontrado diferencias:

Con respecto a los patrones de personalidad, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el patrón evitativo y en el patrón histriónico. Analizando las puntuaciones entre los tres grupos diagnósticos, a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que solo existen diferencias significativas en patrón evitativo entre el de anorexia nerviosa y el de trastorno por atracón, de modo que el grupo de pacientes con anorexia nerviosa obtiene una puntuación significativamente mayor al grupo de pacientes con trastorno por atracón. Y en relación con el patrón histriónico, las diferencias se dan entre el grupo del trastorno por atracón y el de anorexia nerviosa, de modo que el grupo de pacientes con anorexia nerviosa obtiene una puntuación significativamente menor que el grupo de pacientes con trastorno por atracón. A este respecto, se ha de señalar que diversos estudios han encontrado que al tener en cuenta la personalidad de los pacientes con anorexia nerviosa

se obtiene que del 23 % al 80 % cumple los criterios para algún trastorno de la personalidad (Gartner et al., 1989; Herzog et al., 1992a; Wonderlich et al., 1990). Los más frecuentes en los pacientes con TCA son el trastorno límite y el trastorno evitativo de la personalidad, (Chen et al., 2011). Y además, autores como Kleinfield y colaboradores (1994) observaron la presencia de un mayor repertorio de conductas evitativas en los pacientes con anorexia nerviosa frente a aquellos con bulimia nerviosa y controles. Mientras que los estudios que examinan las tasas de prevalencia de los trastornos de la personalidad (TP) en el trastorno por atracón (TA), colectivamente sugieren que los TP por evitación, obsesivo-compulsivo y límite son los más comunes (Becker et al., 2010; Cassin y Von Ranson, 2005). En nuestro caso, los datos serían congruentes con la presencia significativa del patrón evitativo en los pacientes con AN.

Entre las variables valoradas por el EDI-2 se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala bulimia, y en la escala insatisfacción corporal. Las comparaciones múltiples post-hoc (Bonferroni), señalan que dichas diferencias se encuentran en la escala bulimia entre el grupo del trastorno por atracón y el grupo de anorexia nerviosa, siendo el grupo del trastorno por atracón mayor al de anorexia nerviosa, y entre el grupo de bulimia nerviosa y el grupo de anorexia nerviosa, de nuevo siendo el grupo de bulimia nerviosa mayor al de anorexia nerviosa (AN). La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. De modo que este tipo de pensamientos o actos estarán presentes en pacientes con bulimia nerviosa (BN) y pacientes con trastorno por atracón (TA), tal y como los resultados encontrados indican. En la escala de insatisfacción corporal la diferencia se encuentra entre el grupo del trastorno por atracón que obtendría una puntuación significativamente mayor al grupo de anorexia nerviosa. Esta escala mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria. Ghaderi (2001) hace una revisión bibliográfica de la importante relación entre la insatisfacción corporal y la instauración de los TCA, y es, precisamente, la insatisfacción con el propio cuerpo y el peso lo que propicia la aparición de conductas de control de peso como son el seguimiento de dietas alimentarias (Abraham y Llewellyn-Jones, 1997; Hart y Ollendick, 1985), que pueden desencadenar los TCA. En la muestra estudiada, se encuentra que esta variable tiene un valor significativamente mayor en los pacientes con TA que en los que padecen AN,

pudiendo esta diferencia estar relacionada con el IMC, que siguiendo los criterios diagnósticos, es mayor en los pacientes con TA.

Los pacientes con TCA se han asociado a un notable deterioro en calidad de vida (Kolotkin et al., 2004; Mond et al., 2005; Rieger et al., 2005), en comparación con los resultados habituales en población general, valorado a través del SF-36 (Masheb y Grilo, 2009; Padierna et al., 2000). En el presente estudio, en el Perfil de Salud de Nottingham (NHP) se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala movilidad y en la escala dolor. A través de las comparaciones post-hoc (Bonferroni), observamos que solo existen diferencias significativas en la escala movilidad entre el grupo del trastorno por atracón (TA) y el de anorexia nerviosa (AN), y entre el grupo del trastorno por atracón y el de la bulimia nerviosa (BN). Del mismo modo, en la escala dolor las diferencias se producen entre el grupo del trastorno por atracón y el de la anorexia nerviosa, y entre el del trastorno por atracón y el de la bulimia nerviosa, encontrando siempre resultados superiores en el grupo de TA que en el de AN y BN. Diversos estudios, que evaluaron la calidad de vida de los diferentes TCA, no encontraron diferencias significativas entre AN, BN y TA (Doll et al., 2005; Mond et al., 2005; Padierna et al., 2000), pero parecía ser más evidente la disminución de la calidad de vida física en pacientes con TA. En el estudio de Mond y colaboradores (2005), sobre salud física de los pacientes con TCA, medida por el SF-12, se obtuvieron resultados más pobres en los pacientes con TA que en los que padecían AN o BN, y en esta misma línea se encuentran los resultados presentes.

9.4.2. Comparación con cinco subtipos diagnósticos

Para llevar a cabo el siguiente objetivo planteado en la presente tesis, se ha realizado una comparación entre los cinco subtipos diagnósticos principales: anorexia nerviosa restrictiva (ANR), anorexia nerviosa compulsivo/purgativa (ANC), bulimia nerviosa purgativa (BNP), bulimia nerviosa no purgativa (BNNP) y trastorno no especificado por atracón (TA). El objetivo era poder determinar si existían diferencias significativas entre los subtipos de estudio en dicha variable, partiendo de la hipótesis de que se encontrarían diferencias entre las variables analizadas (estilos de personalidad, estilos parentales, características psicológicas relacionadas con el TCA, ansiedad,

depresión, sensibilidad a la ansiedad, asertividad, alexitimia, agresividad, impulsividad, perfil de salud percibida, relaciones sociales y autoestima) y los cinco subtipos diagnósticos.

Los resultados del ANOVA de un factor señalan que no existen diferencias significativas entre los grupos y la edad, y a su vez se han encontrado pocas diferencias entre estos subtipos y las variables analizadas.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables:

En relación con los patrones de personalidad, se observó un efecto estadísticamente significativo únicamente en la subescala de patrón evitativo, y analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observa que las diferencias en el patrón evitativo estarían entre el grupo de la anorexia nerviosa compulsiva y el grupo de la bulimia nerviosa no purgativa, así como entre el grupo de la anorexia nerviosa compulsiva y el del trastorno por atracón, siendo en ambos casos el grupo de anorexia nerviosa compulsiva superior al grupo de bulimia nerviosa no purgativa y trastorno por atracón. A este respecto, autores como Gartner y colaboradores (1989), Gillberg y colaboradores, (1995) o Thornton y Russell (1997) indicaban que cuando se analizan los subtipos diagnósticos, se encuentra que la mayor comorbilidad de la anorexia nerviosa restrictiva se da con los trastornos de la personalidad obsesiva y evitadora (entre un 25 % y un 35 % de los casos). Por el contrario, el 40 % de los sujetos con anorexia nerviosa purgativa presenta una comorbilidad con la personalidad límite (Fahy y Eisler, 1993; Garner, y Sackeyfio, 1993; Piran et al., 1988). Los estudios realizados con diagnóstico por entrevista, indican que los TP más comúnmente asociados con la ANR son el obsesivo-compulsivo, el de evitación y el dependiente, mientras que el límite, el de evitación, el dependiente y el paranoide son los más comunes entre los individuos con BN. Sin embargo, en nuestra muestra lo que se encuentra es que el patrón de personalidad en el que se manifiestan diferencias significativas es el evitativo, siendo más frecuente en el subtipo de anorexia nerviosa compulsiva frente al subtipo de bulimia nerviosa no purgativa y trastorno por atracón, si bien es verdad que el siguiente grupo con una puntuación alta es el del subtipo de anorexia nerviosa restrictiva.

En el Cuestionario EDI-2, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables: escala bulimia, escala insatisfacción corporal y escala inseguridad social. Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que existen diferencias significativas en la escala bulimia entre el grupo de anorexia nerviosa restrictiva y el de bulimia nerviosa purgativa y entre el grupo de anorexia nerviosa restrictiva y el de bulimia nerviosa no purgativa, así como entre el grupo de anorexia nerviosa restrictiva y el de trastorno por atracón, siendo en todos los casos menor para el grupo de anorexia nerviosa restrictiva. Estos datos son los esperables, dado que esta escala evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. De modo que este tipo de pensamientos o actos estarán presentes en pacientes con bulimia nerviosa, anorexia nerviosa purgativa y pacientes con trastorno por atracón, y será menor en la anorexia nerviosa restrictiva. En cuanto a la escala de insatisfacción corporal, dichas diferencias se establecen entre el grupo de anorexia nerviosa restrictiva y el de bulimia nerviosa purgativa, así como entre el grupo de anorexia nerviosa restrictiva y el de trastorno por atracón, siendo menor en el caso de la anorexia nerviosa restrictiva frente a los otros grupos (bulimia purgativa y trastorno por atracón). Como señalan los autores Abraham y Llewellyn-Jones (1997); y Hart y Ollendick (1985), precisamente la insatisfacción con el propio cuerpo y el peso es lo que propicia la aparición de conductas de control de peso como son el seguimiento de dietas alimentarias. Por último, aparecen diferencias significativas en la escala inseguridad social entre el grupo de anorexia nerviosa compulsiva que obtiene una puntuación mayor al grupo de bulimia nerviosa no purgativa. Esta escala valora la idea de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad, y que, por lo tanto, podría llevar a conductas de evitación, lo que estaría en la línea de lo señalado previamente en relación con el patrón de personalidad evitativo, en el que también se encontraban diferencias significativas, puntuando más alto el grupo de anorexia nerviosa compulsiva que el de bulimia nerviosa no purgativa.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable del Inventario de depresión (BDI): depresión total. Al analizar los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observan diferencias estadísticamente significativas en depresión total entre el grupo de anorexia nerviosa compulsiva y el de bulimia nerviosa no purgativa, siendo el subtipo de anorexia nerviosa compulsiva

superior al de bulimia nerviosa no purgativa. En la misma línea de lo encontrado, Herzog y colaboradores (1996) señalaron que la incidencia de una alteración afectiva entre los pacientes con anorexia nerviosa oscila entre 52 % y 98 %, siendo la depresión el trastorno más común; y en los pacientes con bulimia nerviosa estas cifras fluctúan entre 52 % y 83 % y para depresión mayor entre 38 % y 63 %. Del mismo modo, encuentran que la patología depresiva era significativamente mayor en los pacientes con diagnóstico de TCA general y, a su vez, mostraron más síntomas bulímicos y de atracones. Por su parte, el efecto de la depresión sobre la patología alimentaria fue más fuerte para los individuos con un trastorno alimentario. En contraste con esos hallazgos, Stice (2002) encontró que el efecto de las dificultades del estado de ánimo en la patología alimentaria fue significativamente mayor para los estudios que evaluaron síntomas bulímicos y atracones en relación con trastornos de la alimentación en general.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en una de las variables de la Escala de Alexitimia (TAS-20): escala detalles. Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observa que existen diferencias significativas en la escala detalles entre el grupo de anorexia nerviosa compulsiva y el de bulimia nerviosa purgativa, dando lugar a valores más altos en el caso de anorexia nerviosa compulsiva frente al grupo de bulimia nerviosa purgativa, pero no se han encontrado referencias al respecto.

En la Escala de impulsividad (EI), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en dos de las variables: control de los estados emocionales y control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales. Analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observa que existen diferencias significativas en estas dos subescalas, en el control de los estados emocionales entre el grupo de anorexia nerviosa compulsiva y el de anorexia nerviosa restrictiva, siendo mayor la puntuación de impulsividad en el control de los estados emocionales en el grupo de anorexia nerviosa compulsiva frente al de anorexia nerviosa restrictiva. Estos resultados irían en la línea de lo hallado por Casper y colaboradores (1980) así como Garner y Garfinker (1979) que relacionaron la conducta impulsiva con la anorexia del tipo bulímico, diferenciándola del tipo restrictivo, la cual no presenta características de impulsividad. Y en el control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales entre el grupo de anorexia nerviosa restrictiva y el de trastorno por

atracón, siendo mayor la impulsividad en la escala en el grupo de trastorno por atracón frente al grupo de anorexia nerviosa restrictiva. Estos resultados podrían entenderse en relación con los atracones como síntoma presente en los pacientes con trastorno por atracón.

En las escalas del Perfil de Salud de Nottingham (NHP), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en una única variable: escala de movilidad. Así pues, analizando los datos mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que existen diferencias significativas en dicha escala entre el grupo de bulimia nerviosa purgativa y el de trastorno por atracón, siendo en este caso mayor en el trastorno por atracón que en la bulimia nerviosa purgativa. Por su parte, Keilen y colaboradores (1994) y Spitzer y colaboradores (1995), utilizando el mismo instrumento (el Perfil de Salud de Nottingham), también señalan el deterioro significativo de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con TA.

De modo que, tal y como puede extraerse de los resultados señalados anteriormente, se han encontrado más diferencias significativas en las variables analizadas al tener en cuenta los subgrupos diagnósticos (anorexia nerviosa restrictiva, anorexia nerviosa compulsivo/purgativa, bulimia nerviosa purgativa, bulimia nerviosa no purgativa y trastorno no especificado por atracón), que cuando se realiza una comparación con los grupos diagnósticos (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón). De estos resultados puede extraerse la idea de que los subgrupos diagnósticos aportan más información que los grupos en sí mismos, aunque sin olvidar que la gran cantidad de variables sobre las que no se han encontrado diferencias y que podrían estar señalando la idea ya propuesta por Fairburn y colaboradores (2003) sobre la existencia de procesos psicopatológicos comunes en este tipo de patologías.

9.5. Tipología en trastornos de la conducta alimentaria

El hecho de haber encontrado pocas diferencias a través de la utilización de las categorías generadas con los criterios diagnósticos en las variables estudiadas, puede entenderse como evidencia de la existencia de un continuo dentro de los TCA más que como existencia de clases discretas. Además, como ya se ha señalado, se considera que

lo realmente importante de las clases de diagnóstico sería la información sobre pronóstico y los resultados de los tratamientos.

Tal y como se ha planteado, las definiciones y categorizaciones de los TCA en las clasificaciones internacionales continúan siendo materia de debate. Un buen sistema de clasificación debe proporcionar categorías mutuamente excluyentes y colectivamente exhaustivas. Sin embargo, el sistema DSM-V-TR falla en gran medida en estas pruebas (Palmer, 2003), debido a que las categorías que presenta en relación con los TCA se superponen o se les impide hacerlo, solamente por reglas arbitrarias, y los individuos pueden moverse de un diagnóstico a otro en el tiempo, tema tampoco resuelto en el actual DSM-5. El principal desafío radica en la dificultad para separar los síntomas diagnósticos y conductas asociadas a los TCA que frecuentemente se sobreponen unos con otros en las categorías actualmente vigentes.

Múltiples estudios han reconocido la prevalencia de la migración temporal entre diagnósticos de TCA, lo que ha conducido a validar cada vez más la visión transdiagnóstica de los mismos. Otra forma de abordar las diferencias y similitudes entre estos trastornos es considerar los matices que imprimen las características de personalidad a su presentación clínica. Los rasgos de personalidad forman parte importante en muchos modelos sobre la etiología y mantenimiento de los síntomas anoréxicos (Schmidt y Treasure, 2006). Y diversos autores coinciden en que un mayor conocimiento de la personalidad de las pacientes aquejadas de un TCA repercutiría en un tratamiento más efectivo y adaptado a las peculiaridades de cada paciente (Abbate-Daga et al., 2013).

Un estudio de Westen y Harnden-Fisher (2001) distingue tres tipos predominantes de personalidad entre quienes presentan un TCA. El primero se describe como un grupo de alto funcionamiento, autocrítico, perfeccionista que tiende a sentir culpa y ansiedad y que en su mayoría sufren de BN. El segundo grupo posee un perfil sobrecontrolado o constreñido, en el cual hay una restricción de placer, necesidades, emociones, relaciones, autoconocimiento, sexualidad y entendimiento profundo de los otros. Estos pacientes se presentan disfóricos, anhedónicos, ansiosos y con un potente sentimiento de vergüenza. Este tipo de personalidad es generalmente observado en personas que tienen AN tipo restrictivo. El tercer tipo de personalidad incluye personas que se caracterizan por desregulación emocional e impulsividad. Los individuos de este grupo

frecuentemente presentan antecedentes de abuso sexual y los síntomas del trastorno alimentario, que son generalmente del tipo bulímico, les sirven para modular la intensidad del afecto.

Dado el insatisfactorio escenario, en términos de efectividad, de los tratamientos actualmente disponibles para los TCA, se ha hecho un llamamiento a generar modelos de comprensión de la enfermedad que permitan sentar las bases para el desarrollo e implementación de nuevas propuestas de tratamiento. Una de las particularidades de los TCA que probablemente está en la base de estos resultados pobres es que, a diferencia de otros trastornos de salud mental, la motivación para recuperarse es muy baja y el trastorno es en sí mismo altamente valorado.

Los estudios previos no han alcanzado conclusiones sobre la utilidad comparativa de los grupos estadísticamente derivados en relación a los diagnósticos convencionales. Este es un tema importante ya que si se han de tener en cuenta los esquemas alternativos de clasificación, dichas alternativas deben demostrar mayor utilidad práctica. Dicha utilidad puede explorarse mediante el examen de la relación de los conglomerados y los diagnósticos de medidas pertinentes de síntomas del trastorno alimentario y la comorbilidad en la evaluación inicial y en el tiempo. Si uno de los sistemas demuestra una mayor diferenciación de categorías, junto con una capacidad para explicar un mayor porcentaje de variación, en la admisión y seguimiento, entonces tenemos evidencia de la utilidad comparativa de dicho sistema particular de clasificación.

De modo que, en general, no parece haber apoyo a un enfoque taxonómico de los trastornos de la alimentación (Williamson et al., 2002). Ante la situación expuesta, uno de los propósitos de este estudio fue examinar aún más la clasificación de los TCA utilizando un enfoque de análisis de conglomerados. De modo más concreto, se propuso replicar los tres grupos de la personalidad encontrados entre las muestras clínicas de las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria en investigaciones anteriores (Asendorpf et al., 2001; Claes et al., 2012; Claes et al., 2002; Espelage et al., 2002; Goldner et al., 1999; Holliday et al., 2006; Hopwood et al., 2010; Robins et al., 1996; Strober, 1983; Thompson-Brenner y Westen, 2005; Westen y Harnden-Fischer, 2001; Wonderlich et al., 2005). Después se realizó una comparativa entre los grupos

resultantes y las variables analizadas, con el objetivo de estudiar entre qué grupos se establecen las diferencias y su dirección.

Como ya se ha señalado, en las hipótesis de trabajo se planteó que se encontrarían tres conglomerados, en la línea de lo establecido en investigaciones previas, y que en esos grupos habría uno de pacientes con resultados más bajos en las escalas valoradas, indicando un mejor nivel de funcionamiento; otro grupo con puntuaciones más altas en las escalas que valoran aspectos relacionados con elevado autocontrol, conductas de evitación y elevado perfeccionismo; y un tercer grupo con mayores puntuaciones en las escalas que tengan que ver con la desregulación emocional e impulsividad. Tal y como va a quedar reflejado a continuación, dicha hipótesis queda confirmada.

Tras realizar el análisis de conglomerados, y teniendo en cuenta las 118 participantes, se obtuvieron tres tipos de grupos con características psicológicas diferenciadas: un grupo representado por un 22,9 % ($n=27$), un grupo con un 49,2% ($n=58$) y un tercer grupo con un 28 % ($n=33$). En primer lugar, se analiza si los tres grupos de conglomerados encontrados difieren en la variable edad, indicando los resultados que no muestran diferencias estadísticamente significativas en relación con dicha variable. Tras realizar una agrupación de las distintas categorías sociodemográficas analizadas (lugar de residencia, procedencia, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, situación laboral y profesión), los resultados de la prueba *Chi-Cuadrado* de Pearson indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas, ni entre los conglomerados y los diagnósticos.

Las variables psicológicas se han utilizado para configurar los conglomerados son los patrones de personalidad del conglomerado B y C (evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, compulsivo, límite, negativista, autodestructivo, narcisista, antisocial, agresivo), patrones de crianza del padre y la madre (sobrepotección y control) y acontecimientos vitales estresantes (infancia-adolescencia, edad adulta, año previo al inicio de sintomatología y maltrato-abuso).

Teniendo en cuenta estas variables se encuentra un primer grupo al que se denomina sobrecontrolado con puntuaciones significativamente más altas en comparación con los otros dos grupos (subcontrolado y alto funcionamiento) en los

patrones de personalidad evitativo, depresivo, dependiente y autodestructivo; y con puntuaciones significativamente más altas solo con respecto al grupo de alto funcionamiento en los patrones agresivo, negativista y patrón límite. Sin embargo, este mismo grupo presenta puntuaciones significativamente menores con respecto a los dos grupos restantes en el patrón histriónico y el patrón narcisista; así como puntuaciones menores únicamente en comparación al grupo subcontrolado en el patrón antisocial y en el maltrato-abuso. Datos similares encuentran Westen y Harnden-Fischer (2001) en este grupo, pues señalan patrones de personalidad evitativa o esquizoide, mayor manifestación de la constricción y restricción de placer, necesidades, relaciones, conocimiento de sí mismo, auto-reflexión y sexualidad.

Se observa un segundo grupo, denominado subcontrolado, que presenta, por un lado, puntuaciones significativamente elevadas con respecto al grupo de alto funcionamiento en los patrones dependiente, antisocial, agresivo, negativista y límite, así como en los acontecimientos vitales estresantes (infancia-adolescencia, edad adulta, año previo al inicio de síntomas y maltrato-abuso). Una vez analizado el grupo sobrecontrolado, como aparece anteriormente, se deduce que el grupo subcontrolado también presenta puntuaciones más altas en comparación al grupo uno en los patrones histriónico, narcisista, antisocial y agresivo, del mismo modo que en el maltrato-abuso. Por otro lado, muestra puntuaciones menores con respecto al grupo de alto funcionamiento en el patrón compulsivo, escala de cuidado paterno y escala de cuidado materno. En este sentido, Westen y Harnden-Fischer (2001) encuentran en este grupo mayor impulsividad, que podría relacionarse con el patrón de personalidad límite y con mayor presencia de abusos sexuales, generalmente asociados a dicho trastorno. Sin embargo, es importante señalar que en el presente estudio no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el patrón de personalidad límite, en el grupo subcontrolado y el sobrecontrolado, pero sí entre ellos y el grupo de alto funcionamiento, aunque sí se evidencia una mayor puntuación en el grupo subcontrolado en dicha subescala.

Se presenta un tercer y último grupo, el de alto funcionamiento, en el que se observan puntuaciones mayores en comparación con el grupo subcontrolado en el patrón compulsivo y en las escalas de cuidado paterno y materno, siendo en esta última la diferencia poco significativa. Este grupo, una vez analizados todos los datos anteriores, aparece con puntuaciones menores en el resto de patrones, escalas y

acontecimientos vitales estresantes. De nuevo estaría en la línea de lo encontrado por Westen y Harnden-Fischer (2001), señalando un grupo de pacientes con carácter perfeccionista pero sin patología de personalidad grave y con un buen funcionamiento social.

Estos mismos grupos han sido replicados en distintos estudios que, a su vez, han utilizado las mismas categorías para designarlos (Asendorpf et al., 2001; Claes et al., 2005; Claes et al., 2012; Espelage et al., 2002; Hopwood et al., 2010; Robins et al., 1996; Strober, 1983; Westen y Harnden-Fischer, 2001).

Entre estos grupos se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del MCMI-III, con respecto a los patrones de personalidad utilizados para el establecimiento de los conglomerados: patrón evitativo, patrón depresivo, patrón dependiente, patrón histriónico, patrón narcisista, patrón antisocial, patrón agresivo, patrón compulsivo, patrón negativista, patrón autodestructivo y patrón límite.

En lo que respecta a los patrones de crianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el patrón de cuidado paternal y en el patrón de cuidado maternal.

En cuanto a los acontecimientos vitales estresantes, se encuentran diferencias significativas en acontecimientos vitales estresantes referidos en infancia-adolescencia, en edad adulta, en año previo al inicio de los síntomas y con respecto a maltrato-abuso. Es importante destacar que en todos los momentos valorados son los pacientes del grupo subcontrolados los que obtienen puntuaciones más altas, así como en la variable abuso, y que es en la etapa de infancia-adolescencia, donde aparece un mayor número de ellos. Autores como Corstorphine y colaboradores (2007) ya habían concluido que cualquier tipo de historia de trauma infantil referido, se asocia con un mayor número de conductas impulsivas y con la presencia de multi-impulsividad. El abuso sexual en la infancia se asoció con autolesiones, abuso de alcohol y abuso de sustancias, y también ha sido asociado con el trastorno límite de la personalidad. Los teóricos (Álvarez et al., 2011; Nanni et al., 2012; Teicher y Smamson, 2013) apuntan que la existencia de traumas tempranos se asocia con diferentes complicaciones en el curso de las patologías mentales, como mayor comorbilidad y gravedad, peor respuesta al tratamiento farmacológico y peor pronóstico. Con respecto a los acontecimientos vitales estresantes

en año previo, Behar y Valdés (2009) indican que las pacientes con TCA se caracterizaron por exhibir mayores niveles acumulados de estrés durante el año previo al inicio de su patología, medidos mediante frecuencia de eventos estresantes, y comparados con una muestra de estudiantes sin esta patología.

A continuación, se va a presentar un resumen de las variables entre las que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas agrupando dichas variables según test u área que valora, es decir, patrones de personalidad y síndromes clínicos según el MCMI-III, variables analizadas a través del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), área emocional, área de conducta y área de auto-percepción; para posteriormente explicar aquellas variables y datos que se han considerado más relevantes.

9.5.1. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes según los conglomerados a través del Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III)

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del MCMI-III. Y se obtuvieron tamaños del efecto altos en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados, en todos y cada uno de los patrones de personalidad (patrón esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo, compulsivo, negativista, autodestructivo, esquizotípico, límite, paranoide), así como, en todos y cada uno de los síndromes clínicos (trastorno de ansiedad, trastornos somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor, trastorno delirante).

Con respecto a los patrones de personalidad que no fueron incluidos en la generación de los conglomerados, y que por lo tanto no han sido expuestos en el apartado anterior, cabe destacar el patrón esquizoide, esquizotípico y el paranoide. En relación con los patrones esquizoide y esquizotípico, se encuentran resultados significativamente mayores en el grupo sobrecontrolado, seguido del subcontrolado y, posteriormente, el de alto funcionamiento. Por su parte, en el patrón paranoide, hay

diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento, y el subcontrolado y el de alto funcionamiento, en ambos casos con una puntuación significativamente inferior para el grupo de alto funcionamiento. Estos resultados se encuentran en la línea de lo ya señalado por Dazzi y colaboradores (2014), que indicaban que los pacientes del grupo de alto funcionamiento presentan menor comorbilidad con trastornos de personalidad; mientras que los pacientes del grupo sobrecontrolado presentarían una inhibición general y mayor tendencia a evitar activamente situaciones que provoquen emociones intensas, y presentan mayor comorbilidad con los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo, esquizoide, esquizotípico, evitativo y dependiente.

Sobre los síndromes clínicos, se ha de señalar que tanto en el trastorno de ansiedad como en el trastorno por somatización, el grupo sobrecontrolado y el grupo subcontrolado obtienen puntuaciones significativamente superiores al grupo de alto funcionamiento. Mismos resultados se encuentran en relación con el trastorno distímico y la depresión mayor, donde el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado obtienen puntuaciones significativamente superiores al grupo de alto funcionamiento. En los trastornos por dependencia (alcohol o sustancias) se encuentran diferencias significativas entre el grupo sobrecontrolado y el subcontrolado, siendo el subcontrolado el que tiene puntuaciones significativamente superiores, igual que ocurre entre el grupo sobrecontrolado y el de alto funcionamiento, y entre el subcontrolado y el de alto funcionamiento, de modo que en todas las comparaciones el grupo de alto funcionamiento es el que obtiene resultados significativamente inferiores. De nuevo los resultados encontrados estarían en la línea de las investigaciones previas, pues como ya indicaban Westen y colaboradores en 2001, los pacientes del grupo subcontrolado presentan una alta comorbilidad con los trastornos por abuso de sustancias. Por último, con respecto al trastorno por estrés postraumático, es de nuevo el grupo de alto funcionamiento el que obtiene puntuaciones significativamente inferiores tanto al grupo sobrecontrolado como al subcontrolado. En este sentido, también se encuentra que estudios previos (Westen et al., 2001) relacionaban el grupo subcontrolado con un alto número de hospitalizaciones, intentos autolíticos, alta comorbilidad con trastornos tanto del eje I como el trastorno depresivo mayor y trastorno por estrés postraumático. Además, como se ha indicado previamente, el grupo subcontrolado se ha relacionado

con una mayor presencia de acontecimientos vitales estresantes, que a su vez se relaciona con este tipo de trastornos.

9.5.2. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes según los conglomerados a través del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2)

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2), exceptuando la escala obsesión por la delgadez, es decir, que hay diferencia respecto a: escala de bulimia, escala insatisfacción corporal, escala ineficacia, escala perfeccionismo, escala desconfianza interpersonal, escala conciencia interoceptiva, escala miedo a la madurez, escala ascetismo, escala impulsividad y escala inseguridad social.

En cuanto al efecto, se encontraron tamaños del efecto altos en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en: escala de ineficacia, escala de desconfianza interpersonal, escala de inseguridad social y escala de impulsividad. Tamaños del efecto medios en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en: escala de ascetismo, escala de insatisfacción corporal, escala de bulimia, escala de conciencia interoceptiva, escala de perfeccionismo y escala de miedo a la madurez.

Como se ha señalado, en la variable obsesión por la delgadez no se encuentran diferencias significativas entre los grupos de pacientes, por ser este uno de los criterios para el cumplimiento de un TCA y una característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria. En la escala de bulimia, son los pacientes del grupo subcontrolado los que tienen mayor puntuación, así como en impulsividad, pudiendo estos resultados estar relacionados entre sí, pues los atracones o comilonas se han relacionado habitualmente con la presencia de mayor impulsividad, mayor labilidad emocional, historia familiar de obesidad, sobrepeso previo, reacciones distímicas frecuentes y mayor frecuencia de conductas adictivas (DaCosta y Halmi, 1992; Garfinkel et al., 1980). Además, la mayoría de los estudios encuentran que la agresión e impulsividad se expresa en mayor medida en pacientes con BN (Truglia et al., 2006), que está altamente correlacionada con la dificultad para expresar ira y que junto con la falta de control de impulsos, puede dar lugar a diferentes formas de comportamientos impulsivos y autodestructivos (Selvini- Pallazoli, 1996; Tibon y Rotschild, 2009).

Por su parte, el grupo sobrecontrolado obtiene mayores puntuaciones en las escalas de perfeccionismo, desconfianza, miedo a la madurez, ascetismo e inseguridad social, escalas que de nuevo se pueden relacionar. Los hallazgos sobre perfeccionismo sugieren que esta variable puede predecir la aparición de síntomas de TCA (Tyrka et al., 2002), correlacionando, en especial, con la AN (Halmi et al., 2000), pero también con la BN (Lilenfeld et al., 2000; Pratt et al., 2001) y el TA (Pratt et al., 2001). La desconfianza y la inseguridad social podrían relacionarse con la existencia de problemas interpersonales que aumentarían las alteraciones alimentarias en pacientes con TCA y simultáneamente los síntomas de TCA empeoran las relaciones interpersonales. El miedo a la intimidad tiene que ver con una dificultad para compartir sus opiniones, emociones, etc. con personas cercanas, siendo este un rasgo similar que también se ha asociado con los TCA (Arcelus et al., 2013).

Por último, el grupo de alto funcionamiento ha tenido resultados más bajos en las escalas de insatisfacción corporal e ineficacia. Con respecto a la insatisfacción corporal, estos resultados indicarían que este grupo tiene menos desequilibrio o perturbación con su imagen corporal a nivel perceptivo, cognitivo y conductual (Thompson, 1990). En relación con la ineficacia, Strigelmoore y colaboradores (1989) encontraron que la ineficacia se asociaba con un aumento de síntomas de TCA (por ejemplo, dietas, atracones y purgas) en estudiantes universitarias durante su primer curso en la universidad, de modo que una menor puntuación en un grupo determinado puede estar indicando menor gravedad en el TCA.

9.5.3. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes según los conglomerados en relación con las pruebas que valoran el área emocional

Respecto a los resultados encontrados en relación con el área emocional, valorada a través de las siguientes subescalas: ansiedad rasgo según STAI, ansiedad estado según STAI, depresión según BDI y sensibilidad física a la ansiedad, sensibilidad cognitiva a la ansiedad y sensibilidad social a la ansiedad según ASI, se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en las dos variables del STAI (ansiedad estado y ansiedad rasgo), en depresión total según el BDI, y no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas valoradas a través del Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3).

Con respecto al tamaño del efecto, se obtuvieron tamaños del efecto altos entre los tres grupos de conglomerados en la escala ansiedad rasgo y tamaños del efecto medios entre los tres grupos de conglomerados en la escala ansiedad estado. Asimismo, se encuentran tamaños del efecto medios en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en la escala de depresión total.

Como se ha indicado, el grupo de alto funcionamiento es el que obtiene menores puntuaciones en las subescalas de ansiedad (estado y rasgo) y en la de depresión. Los estudios empíricos encuentran una relación entre la ansiedad y los TCA desde 1950 (por ejemplo, Keys et al., 1950). Las investigaciones sobre esta relación, en particular los estudios llevados a cabo en los últimos 20 años, han confirmado que los individuos con trastornos de la alimentación presentan un riesgo significativo de padecer un trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático (Pallister y Waller, 2008; Reyes-Rodríguez et al., 2011). Aproximadamente el 65 % de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria cumple los criterios para al menos un trastorno de ansiedad, que tiende a persistir más allá de la remisión del trastorno alimentario (Adambegan et al., 2012; Godart et al., 2003; Kaye et al., 2004; Klump et al., 2004; Swinbourne et al., 2012; Swinbourne y Touyz 2007). Por su parte, en algunos estudios (Davey y Chapman, 2009; Holtkamp et al., 2005) se ha concluido que la ansiedad es un rasgo permanente en las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria, ya que se ha encontrado que persiste después de que la persona se haya recuperado del trastorno, de modo que las altas puntuaciones obtenidas encajan en lo hallado por otros autores. En relación con la menor puntuación estadísticamente significativa encontrada en el grupo de alto funcionamiento, podría interpretarse como una mejora con respecto al pronóstico, sin embargo, la relación entre el pronóstico de la enfermedad y la comorbilidad con trastornos ansiosos muestra datos inciertos, y mientras que algunos estudios sugieren una peor evolución del trastorno, otros, sin embargo, rechazan esta idea (Swinbourne y Touyz, 2007). Hay autores que consideran que los pacientes con trastornos de ansiedad comórbidos necesitan una intervención mejorada, al presentar menos recursos de afrontamiento (Dellava et al., 2010; Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Thornton et al., 2011; Yackobovitch-Gavan et al., 2009), línea que se considera adecuada.

Con respecto a la depresión, en la muestra de estudio se observan altas puntuaciones en la escala de depresión total valorada con el BDI. En este sentido, tanto

las guías diagnósticas (DSM-IV, DSM-V), como diversos autores (Godart et al., 2003; Godart et al., 2004; Hinrichsen et al., 2004; Kaye et al., 2004) refieren evidencia significativa sobre la coexistencia del trastorno depresivo en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, señalando la relación significativa que parece jugar en sus dificultades interpersonales (American Psychiatric Association, 2000; Godart et al., 2003; Godart et al., 2004; Hinrichsen et al., 2004; Kaye et al., 2004). Como se ha indicado, en nuestro estudio comparativo de los tres conglomerados resultantes, se ha encontrado que el grupo de alto funcionamiento es el que tiene puntuaciones significativamente menores en la escala de depresión total del BDI. Ya en 1990, autores como Rosenvinge y Mouland observaron que la anorexia nerviosa se asociaba con un peor pronóstico cuando el paciente presentaba un trastorno depresivo en el seguimiento. Lo que de nuevo podría indicar que este grupo tiene un mejor pronóstico.

9.5.4. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes según los conglomerados en relación con las pruebas que valoran el área conductual

El área conductual está compuesto con las siguientes subescalas: asertividad total de RAS, alexitimia señales de TAS-20, alexitimia verbal de TAS-20, alexitimia detalles de TAS-20, agresividad física de AQ, agresividad verbal de AQ, agresividad ira de AQ, agresividad hostilidad de AQ, impulsividad planificación de EI, impulsividad emoción de EI, impulsividad conducta de EI e impulsividad otras de EI. Y en relación con esta área se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variable de la escala de Asertividad de Rathus, asertividad total; así como en todas las variables del TAS-20, a excepción de la escala verbal, es decir, en la escala de alexitimia total, escala señales y escala detalles. También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del Cuestionario de Agresividad: agresividad física, agresividad verbal, irascibilidad y hostilidad. Y en todas las variables de la Escala de impulsividad de Plutchnik: impulsividad total, capacidad para planificar, control de los estados emocionales, control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales, y control de otras conductas.

En lo que respecta al efecto, se obtuvieron tamaños del efecto medios en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en la escala de asertividad total. También se obtuvieron tamaños del efecto medios en las diferencias entre los tres

grupos de conglomerados en: alexitimia total, escala señales y escala detalles; sin embargo se obtuvo un tamaño del efecto bajo en las diferencias entre los tres conglomerados en escala alexitimia verbal. Y, del mismo modo, se encontraron efectos medios en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en todas y cada una de las subescalas del Cuestionario de agresividad (agresividad física, agresividad verbal, irascibilidad y hostilidad) y en el de impulsividad (impulsividad total; capacidad para planificar; control de los estados emocionales; control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales; y control de otras conductas).

En general, se encuentran puntuaciones bajas en asertividad en todos los grupos obtenidos a través del análisis de conglomerados. Autores como Bruch (1973), Crisp (1980), Garner y Bemis (1982), Slade (1982), Behar (2003) y Behar (2004) han señalado que los pacientes con patologías alimentarias presentarían, antes del desarrollo de la enfermedad, problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas. De un modo más específico, se han encontrado puntuaciones que indican mayores problemas de asertividad en pacientes del grupo sobrecontrolado. Ya en 1993, Williams y colaboradores señalaron que la carencia de asertividad está relacionada con rasgos de sumisión o timidez y sentimientos de inutilidad personal, lo cual encajaría con las características de este subgrupo. En 2006, Behar y colaboradores llegaron a la conclusión de que la falta de asertividad, como rasgo significativo en pacientes con patologías alimentarias, puede empeorar su desenlace y aun perpetuar su sintomatología.

Con respecto a la alexitimia, lo más significativo es que el grupo de alto funcionamiento obtiene puntuaciones inferiores tanto en la escala de señales como en la de detalles. Estudios previos encuentran una relación estrecha entre la alexitimia y los trastornos de la conducta alimentaria, (Bourke et al., 1992; Cochrane et al., 1993; Corcos et al., 2000; De Groot et al., 1995; Espina, 1998; Espina et al., 2001; Guilbaud et al., 1999; Schmidt et al., 1993; Taylor et al., 1991; Taylor et al., 1996), de modo que la puntuación más baja en este subgrupo puede, de nuevo, estar indicando una gravedad menor.

Con respecto a las variables de agresión e impulsividad, a nivel general y, tal y como se ha señalado, la psicopatología que de forma más común acompaña a los TCA comprende los trastornos de ansiedad y la depresión, así como trastornos relacionados con el descontrol de impulsos, lo que refleja la presencia basal de agresividad e impulsividad (Blinder et al., 2006; Treasure et al., 2010). Los resultados encontrados indican, por una parte, una mayor puntuación en agresividad física, verbal e ira en el grupo subcontrolado, frente a una menor puntuación en hostilidad en el grupo de alto funcionamiento. Por otra parte, el grupo subcontrolado también obtiene mayores puntuaciones en impulsividad. En este sentido, una de las primeras propuestas para la incorporación de la psicopatología comórbida en la clasificación de los TCA, hizo hincapié en la distinción entre "Multi-impulsivo" y "uni-impulsivo" en las formas de la bulimia nerviosa (Lacey y Evans, 1986). En una serie de artículos, Lacey, junto con otros autores (Lacey, 1993; Lacey y Evans, 1986; Lacey y Moureli, 1986; Lacey y Read, 1993), argumentó que los individuos que presentan múltiples formas de psicopatología impulsiva comprenden un subgrupo psiquiátrico distinto, que se caracteriza por un mecanismo subyacente común y que tendrían una respuesta pobre al tratamiento. La coexistencia de trastornos de la conducta alimentaria y multi-impulsividad es clínicamente relevante, ya que estos pacientes tienden a obtener peores resultados en la terapia por una peor adherencia a la misma, que los que solo tienen un trastorno alimentario (Fitcher, Quadflieg y Rief, 1994), y además, la bulimia multi-impulsiva requiere un tratamiento más intensivo (Lacey y Read, 1993). Por ejemplo, Fairburn y colaboradores (2003) han incluido comportamientos impulsivos como un objetivo de tratamiento en su nueva formulación de los trastornos de la alimentación. Como ya se señaló antes, Corstorphine y colaboradores (2007) concluyen que cualquier tipo de historia de trauma infantil referido se asocia con un mayor número de conductas impulsivas y con la presencia de multi-impulsividad. Y autores como Westen y Harnden-Fischer (2001) ya asociaban al grupo subcontrolado con la desregulación emocional y la impulsividad.

9.5.5. Diferencias entre los tres tipos de grupos de pacientes según los conglomerados en relación con las pruebas que valoran el área de auto-percepción

Las subescalas incluidas en el área de auto-percepción son: escala de movilidad del NHT, escala dolor del NHT, escala de sueño del NHT, escala de aislamiento del

NHT, escala de respuesta emocional del NHT, escala de energía del NHT, escala de percepción de apoyo social del DUKE y autoestima total del EAR. En este área se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables del Perfil de Salud de Nottingham (NHP): escala total, escala aislamiento y escala respuesta emocional. Por su parte, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en apoyo social total valorado a través del Cuestionario DUKE-UNC de evaluación de relaciones sociales. En la Escala de Autoestima de Rosenberg sí se encuentran diferencias estadísticamente significativas en su escala de autoestima total.

En lo que respecta al efecto, se obtuvieron tamaños del efecto altos en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en la escala de respuesta emocional y en la escala de movilidad. Tamaños del efecto medios en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en la escala total y la escala de aislamiento. Así como, tamaños del efecto bajos en las diferencias entre los tres grupos de conglomerados en: escala dolor, escala sueño y escala energía. Del mismo modo, se obtuvo un tamaño del efecto bajo entre los tres grupos de conglomerados en apoyo social total, siendo medio con respecto a la autoestima total.

Con respecto a la calidad de vida, son diversos los estudios que han encontrado que los pacientes con TCA tiene una calidad de vida significativamente menor que en los controles (De Zwaan et al., 2002; De Zwaan et al., 2002; Doll et al., 2005; Kolotkin et al., 2004; Mond et al., 2005; Pérez y Warren, 2012; Ricca et al., 2009; Rieger et al., 2005). Por su parte, los pacientes con TCA se han asociado con un notable deterioro en calidad de vida (Kolotkin et al., 2004; Mond et al., 2005; Rieger et al., 2005), en comparación con los resultados habituales en población general, valorado a través del SF-36 (Masheb y Grilo, 2009; Padierna et al., 2000). Cuando los estudios evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud de los diferentes TCA, no hubo diferencias significativas entre AN, BN y TA (Doll et al., 2005; Mond et al., 2005; Padierna et al., 2000), pero parecía ser más evidente la disminución de la calidad de vida física en pacientes con TA. En el estudio de Mond y colaboradores (2005), sobre salud física de los pacientes con TCA, medida por el SF-12, se obtuvieron resultados más pobres en los pacientes con TA que en los que padecían AN o BN. En el estudio realizado por Grenon y colaboradores (2010) a través del EQ-5D-3L, la puntuación media en calidad de vida del grupo de mujeres con trastorno por atracón fue significativamente inferior a la de una muestra de mujeres con una media de edad similar. Sin embargo, en el presente

estudio se encuentran diferencias significativas solo en dos escalas, aislamiento y respuesta emocional, y, en ambas, el grupo de alto funcionamiento obtiene resultados menores, lo cual de nuevo podría indicar que tienen un mejor nivel de funcionamiento.

En relación con la autoestima, se muestra que el grupo que obtiene mayor puntuación es el de alto funcionamiento, pero esa diferencia solo es significativa con respecto al grupo sobrecontrolado. Son varios los estudios que han encontrado que la baja autoestima está asociada al desarrollo de los TCA (Beato et al., 2004; Ghaderi y Scott, 2001; Kim y Lennon, 2007). De hecho, la baja autoestima ha sido generalmente considerada como un factor de vulnerabilidad en los TCA (Button et al., 1996; Fairburn et al., 1999), siendo, por lo tanto, los datos encontrados congruentes con los estudios previos.

9.6. Estudio de modelos sobre el peso de las distintas variables en la clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria

Tal y como quedó patente en la parte teórica de la presente tesis doctoral, existen pocos estudios sobre la capacidad explicativa de las distintas variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, y no se han encontrado estudios en relación al peso de las distintas variables en los conglomerados de pacientes con TCA. Pero por su parte, este tipo de análisis serían de gran utilidad como método de clasificación de los pacientes con TCA y ayudaría a los profesionales a diferenciarlos según variables clínicamente relevantes a la hora de planificar una intervención psicoterapéutica. Es por ello que se ha tratado de construir un modelo matemático con el fin de analizar qué variables ayudan más a la hora de diferenciar entre los tres conglomerados. Dentro de las hipótesis, se planteaba que el modelo que generaría un mayor porcentaje de pacientes clasificados correctamente sería el utilizado para la generación de los conglomerados de pertenencia. Se planteó esta hipótesis basado en que la mayoría de los estudios apuntan a los rasgos de personalidad como factores estables de agrupación, y lo mismo ocurre en relación con los estilos de crianza parentales y con acontecimientos vitales estresantes. El siguiente modelo que dará lugar a un mayor porcentaje de pacientes clasificados correctamente será el generado a partir de todas las variables valoradas; seguido por el resto de modelos (Modelo realizado con el área de

rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del EDI-2; Modelo realizado con el área de componente conductual y Modelo realizado con el área de autopercepción), siendo interesante, a su vez, determinar el peso de cada una de estas variables en el modelo matemático resultante.

A continuación se muestran los diversos modelos que se han obtenido, así como la capacidad predictiva de cada uno de ellos:

9.6.1. Análisis discriminante con las mismas variables utilizadas en los conglomerados

En este caso las variables utilizadas son:

1. Patrones de personalidad valorados a través de MCMI-III: patrón de personalidad evitativo, patrón de personalidad depresivo, patrón de personalidad dependiente, patrón de personalidad histriónico, patrón de personalidad narcisista, patrón de personalidad antisocial, patrón de personalidad agresivo, patrón de personalidad compulsivo, patrón de personalidad negativista, patrón de personalidad autodestructivo y patrón de personalidad límite.

2. Patrones parentales según el PBI: cuidado total paterno, sobreprotección total paterna, cuidado total materno y sobreprotección total materna.

3. Acontecimientos vitales estresantes referidos en: infancia-adolescencia, edad adulta, año previo al inicio de síntomas TCA y sumatorio de abusos.

Teniendo en cuenta el tamaño de los grupos, la capacidad predictiva de este modelo sería del 90,7 % de los casos agrupados originales. En concreto, clasifica correctamente al 96,3 % de los participantes del conglomerado 1 (sobrecontrolado), al 89,7 % del conglomerado 2 (subcontrolado) y al 87,9 % del conglomerado 3 (alto funcionamiento). En todos los casos los porcentajes están por encima del 33,3 % que sería la expectativa de clasificación correcta por azar, por lo que podemos concluir que el modelo es satisfactorio a la hora de clasificar a los participantes.

Y las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$F_I = 1,06 \times \text{patrón de personalidad evitativo} + ,83 \times \text{patrón de personalidad depresivo} + ,34 \times \text{patrón de personalidad agresivo} + ,43 \times \text{patrón de personalidad límite} - 1,09 \times \text{abuso} - 23,70.$

$F_{II} = ,40 \times \text{patrón de personalidad evitativo} + ,59 \times \text{patrón de personalidad depresivo} + ,52 \times \text{patrón de personalidad agresivo} + ,56 \times \text{patrón de personalidad límite} + ,50 \times \text{abuso} - 14,98.$

$F_{III} = ,37 \times \text{patrón de personalidad evitativo} + ,32 \times \text{patrón de personalidad depresivo} + ,24 \times \text{patrón de personalidad agresivo} + ,20 \times \text{patrón de personalidad límite} - ,03 \times \text{abuso} - 5,02.$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que obtenga un mayor valor de estas tres funciones.

9.6.2. Análisis discriminante de área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria valorados a través del EDI-2

En este caso, las variables utilizadas han sido todas las escalas evaluadas a través del EDI-2: escala de obsesión por la delgadez, escala de bulimia, escala de insatisfacción corporal, escala de ineficacia, escala de perfeccionismo, escala de desconfianza interpersonal, escala de conciencia interoceptiva, escala de miedo a la madurez, escala de ascetismo, escala de impulsividad y escala de inseguridad social.

Teniendo en cuenta el tamaño de los grupos, la capacidad predictiva de este modelo sería del 61,9 % de los casos agrupados originales. En concreto, clasifica correctamente al 55,6 % de los participantes del conglomerado 1 (sobrecontrolado), al 69 % del conglomerado 2 (subcontrolado) y al 54,5 % del conglomerado 3 (alto funcionamiento). En todos los casos los porcentajes están por encima del 33,3 %, que sería la expectativa de clasificación correcta por azar, por lo que se puede concluir que el modelo es satisfactorio a la hora de clasificar a los participantes.

Y las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$F_I = 0,03 * \text{escala impulsividad del EDI-2} + 0,50 * \text{escala inseguridad social del EDI-2} - 4,20$

$F_{II} = 0,27 * \text{escala impulsividad del EDI-2} + 0,24 * \text{escala inseguridad social del EDI-2} - 3,57$

$F_{III} = 0,06 * \text{escala impulsividad del EDI-2} + 0,22 * \text{escala inseguridad social del EDI-2} - 1,90$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que obtenga un mayor valor de estas tres funciones.

9.6.3. Análisis discriminante de área de componente emocional

En este caso el objetivo es analizar el peso que tienen las variables del área de componente emocional (ansiedad rasgo según STAI, ansiedad rasgo según STAI, depresión según BDI, sensibilidad física a la ansiedad según ASI-3, sensibilidad cognitiva a la ansiedad según ASI-3 y sensibilidad social a la ansiedad según ASI-3) a la hora de diferenciar entre los tres conglomerados.

Teniendo en cuenta el tamaño de los grupos, el modelo clasifica correctamente al 61 % de los participantes. Más concretamente, no clasificaría a ningún participante del conglomerado 1 (sobrecontrolado), pero sí a un 91,4 % del conglomerado 2 (subcontrolado) y al 57,6 % del 3 (alto funcionamiento). En todos los casos, los porcentajes están por encima del 33,3 %, que sería la expectativa de clasificación correcta por azar, salvo en el caso del conglomerado 1 (sobrecontrolado), de modo que no se puede considerar el modelo satisfactorio para la clasificación de los participantes.

Las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$F_I = 0,36 * \text{Ansiedad rasgo del STAI} - 8,72$

$F_{II} = 0,36 * \text{Ansiedad rasgo del STAI} - 8,66$

$F_{III} = 0,25 * \text{Ansiedad rasgo del STAI} - 4,86$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que obtenga un mayor valor de estas tres funciones.

9.6.4. Análisis discriminante de área de componente conductual

En este caso, las variables introducidas han sido: asertividad total según la RAS, alexitimia señales según la TAS-20, alexitimia verbal según la TAS, alexitimia detalles según la TAS-20, agresividad física según el AQ, agresividad verbal según el AQ, agresividad ira según el AQ, agresividad hostilidad según el AQ, impulsividad planificación según el EI, impulsividad emoción según el EI, impulsividad conducta según el EI e impulsividad otras conductas según el EI.

Teniendo en cuenta el tamaño de los grupos, la capacidad predictiva de este modelo sería del 57,6 % de los casos agrupados originales. En concreto, clasifica correctamente al 51,9% de los participantes del conglomerado 1 (sobrecontrolado), al 77,6 % del conglomerado 2 (subcontrolado) y al 27,3 % del conglomerado 3 (alto funcionamiento). En todos los casos los porcentajes están por encima del 33,3 % que sería la expectativa de clasificación correcta por azar, excepto en el último grupo, por lo que no podemos que el modelo es satisfactorio a la hora de clasificar a los participantes.

Las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$$F_I = 0,46 \times \text{escala detalles del TAS-20} + 0,10 \times \text{escala de agresividad física del AQ} + 5,83 \times \text{escala de hostilidad del AQ} + 0,23 \times \text{escala de planificación del EI} - 16,20$$
$$F_{II} = 0,32 \times \text{escala detalles del TAS-20} + 1,42 \times \text{escala de agresividad física del AQ} + 4,79 \times \text{escala de hostilidad del AQ} + 0,69 \times \text{escala de planificación del EI} - 14,80$$
$$F_{III} = 0,33 \times \text{escala detalles del TAS-20} + 0,76 \times \text{escala de agresividad física del AQ} + 4,26 \times \text{escala de hostilidad del AQ} + 0,49 \times \text{escala de planificación del EI} - 11,12$$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que obtenga un mayor valor de estas tres funciones.

9.6.5. Análisis discriminante del área de la autopercepción

En este caso, las variables introducidas en el análisis son: escala de movilidad del NHT, escala dolor del NHT, escala de sueño del NHT, escala de aislamiento del NHT,

escala de respuesta emocional del NHT, escala de energía del NHT, escala de percepción de apoyo social del DUKE y autoestima total del EAR.

Por su parte, teniendo en cuenta el tamaño de los grupos, se obtiene que el 55,1 % de los participantes sería clasificados de manera adecuada a través de este modelo. Más concretamente, no se clasificaría de modo correcto ningún participante del conglomerado 1 (sobrecontrolado), al 84,5 % del conglomerado 2 (subcontrolado) y al 48,5% del 3 (alto funcionamiento).

Las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$$F_I = 1,06 \times \text{escala de respuesta emocional del NHT} - 4,24$$

$$F_{II} = 0,98 \times \text{escala de respuesta emocional del NHT} - 3,79$$

$$F_{III} = 0,55 \times \text{escala de respuesta emocional del NHT} - 1,95$$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que obtenga un mayor valor de estas tres funciones.

9.6.6. Análisis discriminante con todas las variables valoradas en la muestra de estudio

Las variables introducidas en el análisis son: ansiedad estado según STAI, ansiedad rasgo según STAI, depresión total según BDI, sensibilidad física a la ansiedad según ASI-3, sensibilidad cognitiva a la ansiedad según ASI-3 y sensibilidad social a la ansiedad según ASI-3, escala de obsesión por la delgadez del EDI-2, escala de bulimia del EDI-2, escala de insatisfacción corporal del EDI-2, escala de ineficacia del EDI-2, escala de perfeccionismo del EDI-2, escala de desconfianza interpersonal del EDI-2, escala de conciencia interoceptiva del EDI-2, escala de miedo a la madurez del EDI-2, escala de ascetismo del EDI-2, escala de impulsividad del EDI-2 y escala de inseguridad social del EDI-2, asertividad total según la RAS, alexitimia señales según la TAS-20, alexitimia verbal según la TAS-20, alexitimia detalles según la TAS-20, agresividad física según AQ, agresividad verbal según AQ, agresividad ira según AQ, agresividad hostilidad según AQ, impulsividad planificación según EI, impulsividad emoción según

EI, impulsividad conducta según EI e impulsividad otras conductas según EI, escala de movilidad del NHT, escala dolor del NHT, escala de sueño del NHT, escala de aislamiento del NHT, escala de respuesta emocional del NHT, escala de energía del NHT, escala de percepción de apoyo social del DUKE y autoestima total del EAR.

Por su parte, si se tiene en cuenta el tamaño de los grupos, se encuentra que el modelo ordena correctamente al 66,9 % de los casos agrupados originales. En concreto, clasifica correctamente al 59,3 % de los participantes del conglomerado 1 (sobrecontrolado), al 82,8 % del conglomerado 2 (subcontrolado) y al 45,5 % del conglomerado 3 (alto funcionamiento).

Las funciones discriminantes lineales de Fisher que servirían para clasificar nuevos casos, serían las siguientes:

$$F_I = -,04 \times \text{escala de impulsividad del EDI-2} + ,07 \times \text{escala de inseguridad social del EDI-2} + ,34 \times \text{ansiedad rasgo según STAI} + ,55 \times \text{alexitimia detalles según la TAS-20} + 2,05 \times \text{agresividad física del AQ-15},97$$

$$F_{II} = ,18 \times \text{escala de impulsividad del EDI-2} - ,25 \times \text{escala de inseguridad social del EDI-2} + ,38 \times \text{ansiedad rasgo según STAI} + ,43 \times \text{alexitimia detalles según la TAS-20} + 3,08 \times \text{agresividad física del AQ} - 16,33$$

$$F_{III} = -,01 \times \text{escala de impulsividad del EDI-2} - ,13 \times \text{escala de inseguridad social del EDI-2} + ,27 \times \text{ansiedad rasgo según STAI} + ,42 \times \text{alexitimia detalles según la TAS-20} + 2,44 \times \text{agresividad física del AQ} - 10,19$$

Cada sujeto será asignado al grupo en el que obtenga un mayor valor de estas tres funciones.

Tal y como se puede apreciarse en lo expuesto anteriormente, y según las hipótesis de trabajo, el modelo que genera un mayor porcentaje de paciente clasificados correctamente es el utilizado para la generación de los conglomerados de pertenencia, con una capacidad predictiva del 90,7 % de los casos; seguido por el modelo en el que se incluyen todas las variables analizadas, con un 66,9 % de capacidad predictiva, seguido por el modelo realizado con el área de rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas de relevancia en los TCA valorados a través del EDI-2 (61,9 %); el modelo realizado con el área de componente emocional (61%), modelo realizado con el área de

componente conductual (57,6 %), por último, el modelo realizado con el área de autopercepción (55,1 %).

Por último, señalar que como se desprende del análisis de las funciones discriminantes lineales de Fisher del modelo que mejor clasifica a los pacientes (modelo que utiliza las variables incluidas en la formación de los conglomerados), las variables implicadas en dichas funciones son todas patrones de personalidad: evitativo, depresivo, agresivo, límite y la variable de abuso referido. Estos resultados son congruentes con la bibliografía científica existente al respecto, que apunta que rasgos de personalidad como inmadurez, evitación y perfeccionismo hacen a las personas más vulnerables a desarrollar un trastorno de la alimentación (Fassino et al., 2004; Fassino et al., 2002), y que ha generado que los rasgos de personalidad formen parte importante en muchos modelos sobre la etiología y mantenimiento de los TCA (Schmidt et al., 2006).

Por lo tanto, en este estudio se ha encontrado que la agrupación de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria según las variables de personalidad, acontecimientos vitales estresantes y patrones parentales, genera tres grupos de pacientes coherentes con estudios previos, y que pueden ser de gran utilidad tanto a la hora de plantear modelos explicativos, como en relación con la propuesta de tratamientos psicoterapéuticos ayudando en la especificidad de los mismos.

9.7. Limitaciones del presente estudio

Como todo estudio, la presente tesis no está carente de importantes limitaciones que se han de señalar y tener en cuenta tanto en relación con la generalización de resultados, como para su resolución o mejora en futuras investigaciones.

Con respecto al tipo de metodología aplicada, se ha de señalar que el estudio presentado se ha llevado a cabo dentro de un contexto clínico asistencial, con las ventajas e inconvenientes que ello conlleva, y sobre las que se va a profundizar.

En primer lugar, los participantes del presente estudio eran incluidos tras su búsqueda de tratamiento en el ámbito de la salud pública, por lo que cabe la posibilidad

de que los pacientes que acceden a un centro hospitalario y, concretamente, a un dispositivo especializado, sean aquellos que presentan una patología más evidente, grave y con mayor nivel de sufrimiento, lo que podría condicionar en cierta medida los datos obtenidos. Pero lo que también ocurre, es que justamente se trata del tipo de pacientes con los que los clínicos han de trabajar en la práctica diaria, lo que justificaría la utilidad misma del estudio. Esta limitación podría verse difuminada con la inclusión, para futuros estudios, de participantes tanto del ámbito clínico como de la comunidad.

Además, debido a que en la recogida muestral el número de participantes varones era muy escaso y con el fin de un mejor control de variables extrañas, solo se han tenido en cuenta los casos de mujeres, lo que de nuevo, produce una gran limitación en la generalización de los datos obtenidos.

Por su parte, dadas las características del dispositivo desde donde se realiza la recogida de datos, así como los objetivos del presente estudio, solo se han incluido los trastornos de la conducta alimentaria que satisfacen criterios completos de cuadros diagnósticos, sin incluirse los TCANE, salvo el TA. En este sentido, y como ha podido verse tanto en el capítulo de resultados y en la presente discusión del trabajo, las conclusiones extraídas han de limitarse a los trastornos que han sido estudiados.

Por otra parte, se trata de un estudio transversal, donde la recogida de datos se realiza en el momento de la evaluación inicial de los pacientes y por ello todo lo recogido hace referencia a un contexto concreto y limitado, por lo que la representatividad de los mismos también quedaría limitada. Por lo tanto, no está claro si las variables analizadas en este estudio son factores de riesgo, correlaciones o consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria. De modo que sería útil que los estudios futuros examinaran estas asociaciones usando prospectivos datos con el fin de desenredar su secuencia temporal.

Además, los patrones de personalidad, así como el resto de variables, han sido recogidos a través de inventarios/cuestionarios/test, con las consiguientes limitaciones que conllevan los mismos. Con respecto a los patrones de personalidad recogidos a través del MCM-III, se ha de señalar que dicho instrumento puede sobredimensionar la prevalencia de los trastornos, conduciendo a una gran cantidad de diagnósticos falsos positivos. Además, la evaluación de los trastornos de la personalidad con inventarios autoadministrados puede estar altamente influenciada por el estado de la patología

alimentaria. Por lo tanto, las tasas de prevalencia de los trastornos de la personalidad pueden estar sobreestimados y deben tomarse con cautela. Este tema fue analizado por autores como Kennedy et al. en 1990. Para evitar este tipo de limitaciones metodológicas se recomienda la utilización de entrevistas estructuradas para evaluar tanto la sintomatología TCA como los rasgos de personalidad. En relación con esto, se ha de señalar que los diagnósticos de TCA han sido realizados, en todos los casos, por un especialista, ya sea psicólogo clínico o psiquiatra, sin bien es cierto, que la bibliografía científica recomienda a este respecto, la utilización de entrevistas diagnósticas validadas.

Con respecto a la evaluación de los pacientes, es importante señalar que para el presente estudio se han utilizado aquellos instrumentos de los que se disponía en el dispositivo donde se realizó el estudio (Dispositivo de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría) y que se han considerado adecuados para los objetivos planteados, siendo conscientes de la existencia de instrumentos posiblemente más adecuados, pero que no se encontraban disponibles.

Otra posible limitación de este estudio se refiere a las variables utilizadas para la realización de los conglomerados. Para ello se han tenido en cuenta los estudios previos (Asendorpf et al., 2001; Claes et al., 2005; Claes et al., 2012; Espelage et al., 2002; Hopwood et al., 2010; Robins et al., 1996; Strober, M., 1983; Westen y Harnden-Fischer, 2001), así como la formulación de hipótesis de la presente tesis. Se consideró que los patrones de personalidad, junto con los patrones de crianza y los acontecimientos vitales estresantes referidos, serían las variables más estables para la generación de los conglomerados de pertenencia. Pero, el hecho de que se haya utilizado la agrupación de pacientes, bien utilizando una categorización por diagnóstico o por conglomerados, ha provocado que el número de participantes por grupo se haya visto reducida a la muestra general de la que se disponía. De modo que algunos análisis pueden estar sesgados en este sentido. En este sentido señalar que habría sido recomendable disponer de una muestra aún más amplia.

9.8. Aportaciones e investigaciones futuras

Los resultados encontrados en esta tesis nos permiten defender la necesidad de incluir modelos multidimensionales, más que categoriales, que permitan dar cuenta de la verdadera complejidad de las disfunciones alimentarias y del curso fluctuante de las mismas, así como de proponer categorías alternativas a las expuestas en los principales manuales diagnósticos. Además, se propone que para la clasificación de este tipo de pacientes se ha de tener en cuenta otro tipo de variables, como son los rasgos de personalidad, que permitan dar mayor estabilidad a los diagnósticos. Existe un creciente reconocimiento de las limitaciones de las actuales categorías para la clasificación psiquiátrica. Aunque los dos sistemas nosológicos líderes, el Manual de Estadística y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, 4ª ed. (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), y en actual DSM-V, y de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima ed. (CIE-10; Mundial de la Salud Organización, 2010), tienen muchos puntos fuertes, también tienen varias deficiencias graves tales como: 1) la heterogeneidad de síntomas dentro de las categorías de diagnóstico; 2) altas tasas de co-ocurrencia entre diagnósticos supuestamente distintos; 3) la falta de acuerdo entre las categorías diagnósticas y los hallazgos de la neurociencia clínica; y 4) la falta de predicción de la respuesta al tratamiento (Widiger y Samuel, 2005).

Parece bastante necesario que las futuras investigaciones continúen ahondando en muchos de los puntos abordados en la presente tesis, contrastando la información obtenida con otras poblaciones y usando otras metodologías que permitan la corroboración de los mismos. Por su parte, sería interesante analizar si los conglomerados obtenidos se generan también con sujetos que sufren otro tipo de patologías psiquiátricas, o incluso población normal.

Dado que el grado en que los diagnósticos actuales proporcionan información útil a la hora de planificar el tratamiento ha sido cuestionado (Fairburn y Bohn, 2005), la línea de investigación en la que se podría ahondar sería el estudio de la comparativa entre los conglomerados obtenidos y la especialización de los tratamientos para los mismos. Se podrían adaptar las intervenciones terapéuticas en base a los subtipos clínicos para mejorar la respuesta terapéutica. Por lo que, resolver el problema de la clasificación de los trastornos de la alimentación seguirá requiriendo más investigación. Lo que se ha hecho patente es que cada vez hay más pruebas de que el camino a seguir

requerirá un alejamiento del aumento de subtipos y hacia una definición de trastorno alimentario per se.

Los estudios futuros deben examinar la cuestión de la utilidad de las variables aquí utilizadas, así como explorar otras variables distintas que las utilizadas para generar los conglomerados. Además, se considera que sería importante analizar la interacción de los trastornos de la personalidad y síntomas del trastorno alimentario, y los distintos tipos de relaciones posibles. Es necesario reunir datos sobre esquemas alternativos de clasificación, para probar de esa forma los criterios actuales, y así avanzar en la obtención de un sistema de clasificación más racional, más preciso y de mayor utilidad clínica.

Se ha puesto en evidencia que aunque hay muchas similitudes entre los pacientes con TCA, podemos identificar diferentes grupos, con características diferenciales importantes y que, por lo tanto, podrían beneficiarse de distintos tratamientos psicoterapéuticos o, al menos, de algunos módulos diferenciales. A su vez, podría ser de consideración el hecho de plantear que algunos pacientes, con rasgos de personalidad más disfuncionales, podrían ser atendidos en recursos asistenciales de tercer nivel y esta determinación podría tenerse en cuenta desde el principio del tratamiento, con el fin de reducir la cronicidad del cuadro. Mientras que los pacientes con rasgos de personalidad más obsesivos podrían beneficiarse de tratamientos individuales o grupales, que permitieran cierta contención y estabilidad. Y por su parte, una menor inversión en recursos asistenciales podría ser suficiente para pacientes con estructuras de personalidad menos disfuncionales. En este sentido, autores como Linehan y colaboradores 2006, han señalado que los pacientes con rasgos más impulsivos o subcontrolados podrían beneficiarse de intervenciones centradas en la regulación de las emociones y de control de los impulsos, como las propuestas en la terapia conductual dialéctica y en los tratamientos neuropsicológicos. Por otra parte, las intervenciones para pacientes sobrecontrolados podrían incluir módulos para trabajar la flexibilidad cognitiva y la rigidez (Najmi y Amir, 2010; Tchanturia, Davies y Campbell, 2007).

Para concluir, se puede señalar que tal y como indica la guía de tratamientos psicológicos eficaces con respecto a las investigaciones futuras de TCA, la profundización en el mejor conocimiento de las variables o factores psicológicos y

psicopatológicos asociado a cada tipo de TCA, permitirán: identificar las características de los pacientes que respondan mejor a una u otra intervención; identificar los factores implicados en la no adherencia y en las recaídas; establecer criterios únicos y universales para valorar la recuperación y determinar la eficacia de las intervenciones (Saldaña, 2003).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C. y Fassino, S. (2013). Resistance to treatment in eating disorders: A critical challenge. *BCM Psychiatry*, 13, 294. doi: 10.1186/1471-244X-13-294.
- Abraham, S. F. y Llewellyn-Jones, D. (1997). *Eating disorder: The facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Adambeagan, M., Wagner, G., Nader, I. W., Fernandez-Aranda, F., Treasure, J. y Karwautz, A. (2012). Internalizing and externalizing behaviour problems in childhood contribute to the development of anorexia and bulimia nervosa: A study comparing sister pairs. *European Eating Disorders Review*, 20, 116–120. doi: 10.1002/erv.1152.
- Adler, N. y Matthews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259. doi: 10.1146/annurev.ps.45.020194.001305.
- Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J. E., Halmi, K. A. y Bryson, S. (2009). A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 565–570. doi:10.1002/eat.20708.
- Aguinaga, M., Fernández, L. J. y Varo, J. R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Eating disorders, Anales Sis San Navarra*, 23(2), 279-292.
- Akihito Fujimori, M. A., Yoshihisa Wada, M. D., PhD, Tatsuhisa Yamashita, M. D., PhD, Hyungin Choi, M. D., PhD, Susumu Nishizawa, M. D., Haruka Yamamoto, M. A. y Kenji Fukui, M. D., PhD. (2011). Parental bonding in patients with eating disorders and self-injurious behavior. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65, 272–279. doi: 10.1111/j.1440-1819.2011.02192.x.
- Alarcón, L. C., Araújo, A. P., Godoy Díaz, A. P. y Vera M. E. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB*, 13(2), 103-115.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.

- Allen, K. L., Byrne, S. M. y McLean, N. J. (2012). The dual-pathway and cognitive-behavioural models of binge eating: Prospective evaluation and comparison. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 51–62. doi: 10.1007/s00787-011-0231-z.
- Alonso, J., Antó, J. M., Moreno, C. (1990). Spanish Version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80(6), 704-708.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-6.
- Alvarado, B. E., Zunzunegui, M. V. y Delisle, H. (2005). Validación de las escalas de seguridad alimentaria y de apoyo social en una población afro-colombiana: aplicación en el estudio de prevalencia del estado nutricional de niños de 6 a 18 meses. *Cadernos Saúde Pública*, 21(3), 724-736. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300006>.
- Álvarez, M. J., Roura, P., Osés, A., Foguet, Q., Solà, J. y Arrufat, F. X. (2011). Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 156-161. doi: 10.1097/NMD.0b013e31820c751c.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental: DSM-5R*. Washington, APA.
- Amianto, F., Lavagnino, L., Leombruni, P., Gastaldi, F., Abbate Daga, G. y Fassino, S. (2011). Hypomania across the binge eating spectrum. A study on hypomanic symptoms in full criteria and sub-threshold binge eating subjects. *Journal of Affective Disorders*, 133, 580–583. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.049.

- Andreu, J. M., Peña, M. E. y Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14(2), 476-482.
- Anestis, M. D., Holm-Denoma, J. M., Gordon, K. H., Schmidt, N. B. y Joiner, T. E. (2008). The role of anxiety sensitivity in eating pathology. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 370–385. doi:10.1007/s10608-006-9085-y.
- Anestis, M. D., Selby, E. A., Fink, E. L. y Joiner, T. E. (2007). The multifaceted role of distress intolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 718–726. doi:10.1002/eat.20471.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C. y Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156-167. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.009.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68, 724-31. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.
- Arias Horcajadas, F., Sánchez Romero, S., Gorgojo Martínez, J.J., Almodóvar Ruiza, F., Fernández Rojo, S. y Lorente Martín, F. (2006). Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracacones. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(6), 362-370.
- Asendorpf, J. B., Borkenau, P., Ostendorf, F. y Van Aken, M. A. G. (2001). Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of Personality*, 15(3), 169-198. doi: 10.1002/per.408.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5^a ed.). Arlington, VA.
- Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42.

- Attie, I. y Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25(1), 70-79.
- Avena, N. M. y Bocarsly, M. E. (2012). Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*, 63(1), 87-96.
- Bacaltchuk, J., Hay, P. y Trefiglio, R. Antidepresivos versus tratamientos psicológicos y su combinación para la bulimia nerviosa (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 20085 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Bach-y-Rita, G. (1974). Habitual violence and self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1018–1020. doi: 10.1176/ajp.131.9.1018.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. y Parker J. D. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Baile, J.I., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal con adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire /BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 439-450.
- Baños, R. M. y Guillén, V. (2000). Psychometrics characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of de Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological Reports*, 87(1), 269-274. doi: 10.2466/pr0.2000.87.1.269.
- Barratt, E. S. (1995). Impulsiveness and aggression. En J. Monahan y H. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* (pp. 61-79). Chicago, IL: University of Chicago.
- Beato, L. y Rodríguez, T. (2000). Aspectos patogénicos de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Psiquis*, 6, 50-55.
- Beato, L., Rodríguez, T., Belmonte, A. y Martínez, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal study.

- European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 287-294. doi: 10.1007/s00787-004-0407-x.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, J. G. y Heimberg, R. G. (1983). Self-report assessment of assertive behavior: a critical analysis. *Behavior Modification*, 7, 451-487.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Becker, C. B., DeViva, J. C. y Zayfert, C. (2004). Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: the importance of anxiety comorbidity assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(3), 255-74. doi: 10.1016/S0887-6185(03)00002-1.
- Becker, D. F., Masheb, R. M., White, M. A. y Grilo, C. M. (2010). Psychiatric, behavioral, and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 531-537. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.11.005.
- Beckham, E. y Leber, W. (1997). *Handbook of Depression* (Second ed.). New York: The Guilford Press.
- Behar A. R. y Valdés W. C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(3), 178-189.
- Behar, R. (2003). Trastornos de la alimentación y personalidad anormal. En: R. Riquelme, A. Oksenberg (Eds.), *Trastornos de personalidad. Hacia una mirada integral* (pp. 331-48). Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.

- Behar, R. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2006). Relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos afectivos: Una revisión de la evidencia. *Trastornos del Ánimo*, 2(1), 44-53.
- Behar, R., Arriagada, M. y Casanova, D. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo. *Revista Médica Chile*, 133, 1407-14. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005001200001>.
- Behar, R., Manzo, R. y Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 134, 312-319. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000300007>.
- Bell, B. T., Lawton, R. y Dittmar, H. (2007). The impact of thin models in music videos on adolescent girls' body dissatisfaction. *Body Image*, 4, 137-145. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.02.003.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología* (Vol. I), Edición revisada, Madrid: Mc Graw Hill.
- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Benedek, T. (1936). Dominant ideas and their relation to morbid cravings. *International Journal of Psychoanalysis*, 17, 40-56.
- Bennett, D. A. y Cooper, C. L. (1999). Eating disturbance as a manifestation of the stress process: A review of the literature. *Stress Medicine*, 15, 167-182. doi: 10.1002/(SICI)1099-1700(199907)15:3<167::AID-SMI812>3.0.CO;2-7.
- Bennett, D. A. y Cooper, C. L. (2001). Psychological discriminators of subjects at different stages of the eating disturbed spectrum. *Personality and Individual Differences*, 30, 917-929.

- Birmingham, C. L., Touyz, S. y Harbottle, J. (2009). Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the „transdiagnostic” theory of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 2-13.
- Blashfield, R. K. (1984). *The Classification of Psychopathology Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*. New York: Plenum Press. 12.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J. y Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68, 454-62. doi: 10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5
- Blomquist, K. K., Ansell, E. B., White, M. A., Masheb, R. M. y Grilo, C. M. (2012). Interpersonal problems and developmental trajectories of binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1088–1095. doi:10.1016/j.comppsy.2012.05.003.
- Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2011). *Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas*, 8(18). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. y Bagby R. M. (1992). Alexithymia in Women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Braun, D. L., Sunday, S. R. y Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V. y Kaplan, B. H. (1988). The DukeUNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Sedway, J. A., Lohr, K. N. y Bulik, C. M. (2007). Binge Eating Disorder Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 337-48. doi: 10.1002/eat.20370.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.

- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books: New York.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. London: Open Books.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538. doi: 10.1176/ajp.139.12.1531.
- Buckner, J. D., Silgado, J. y Lewinsohn, P.M. (2010). Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 781-787. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.01.014.
- Bulik, C. M. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(2), 101-7.
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A. y Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 310-20. doi: 10.1002/eat.20367.
- Bulik, C. M., Klump, K. L., Thornton, L., Kaplan, A. S., Devlin, B., Fichter, N. M.,... Kaye, W. H. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 1000-6.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F. y Kendler, K. S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 886-895. doi: 10.1176/appi.ajp.157.6.886
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. y Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 139-147.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. y Pickering A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 185, 704-707. 12.
- Bulik, C., Sullivan, P., Joyce, P. y Carter, F. (1995). Temperament character, and, personality disorder in bulimia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 593-598.

- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. y Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305–12. doi:10.1001/archpsyc.63.3.305.
- Burgermeister, D. (2007). Childhood adversity: a review of measurement instruments. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 163-176.
- Buss A. H. y Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Bustos Leiton, G. J., Romero Chaparro, A. y Campo Arias, A. (2011). Asociación entre percepción de estrés y riesgo de trastorno de comportamiento alimentario. Association between stress perception and risk of an eating disorder. *Salud Uninorte*, 27(1), 30-35.
- Button, E. (1990). Self-esteem in girls aged 11-12: baseline findings from a planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *Journal of Adolescence*, 13, 413-414.
- Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J., Davies, J. y Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire finding. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.
- Cachelin, F. M., Rebeck, R., Veisel, C. y Striegel-Moore, R. H. (2001). Barriers to treatment for eating disorders among ethnically diverse women. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 269–278. doi: 10.1002/eat.1084.
- Calvo Medel, D. (2012). Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España: Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada. Tesis doctoral. Zaragoza: Prensas de la Universidad, Universidad de Zaragoza.
- Calvo Sagardoy, R. (2010). Documento base: Trastornos de la conducta alimentaria. Formación continuada a distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

- Canals, J., Carbajo, G. y Fernández-Ballart, J. (2002). Discriminant validity of the Eating Attitudes Test according to American Psychiatric Association and World Health Organization criteria of eating disorders. *Psychological Reports*, 91(3 Pt 2), 1052-6.
- Canetti, L., Bachar, E., Galili-Weisstub, E., De-Nour, A. K. y Shalev, A. Y. (1997). Parental bonding and mental health in adolescence. *Adolescence*, 32, 381–394.
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y. y Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: The contribution of parent–grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 703–716. doi: 10.1002/jclp.20482.
- Cantwell, D. P., Sturzenberger, S. y Burroughs, J. (1977). Anorexia nervosa: An affective disorder? *Archives of General Psychiatry*, 34, 1087-93.
- Carano, A., De Berardis, D., Campanella, D., Serroni, N., Ferri, F. y Di Lorio, G. (2012). Alexithymia and suicide ideation in a sample of patients with binge eating disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(1), 5–11. doi:10.1097/01.pra.0000410982.08229.99.
- Carano, A., de Berardis, D., Gambbi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L., Sepede, G., Mancini, E., La Rovere, R., Salini, G., Cotellessa, C., Salerno, R. M. y Ferro, F. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 332-340. doi:10.1002/eat.20238.
- Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación española del MCMI-III, Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid: TEA Ediciones.
- Carr, C. P., Martins, C. P., Stingel, A. M., Lembruber, V. B. y Jurueña, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007-1020. doi: 10.1097/NMD.0000000000000049.
- Carrard, I., Crépin, C., Ceschi, G., Golay, A. y Van der Linden, M. (2012). Relations between pure dietary and dietary-negative affect subtypes and impulsivity and

- reinforcement sensitivity in binge eating individuals. *Eating Behaviors*, 13(1), 13–9. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.10.004.
- Carrasco, I., Clemente, M. y Llavona, L. (1989). Análisis del Inventario de aserción de Gambrill y Richey. *Estudios de Psicología*, 37, 63-74. <http://dx.doi.org/10.1080/02109395.1989.10821107>
- Carter, F. A., Jordan, J., McIntosh, V. M. M., Luty, S. E., McKenzie, J. M. y Frampton, C. M. (2011). The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 647-654. doi: 10.1002/eat.20879.
- Casas-Anguera, E., Prat, G., Vilamala, S., Escandell, M. J., García-Franco, M., Martín, J. R.,...Ochoa, S. (2014). Validación de la versión española del Inventario de asertividad Gambrill y Richey en población con diagnóstico de esquizofrenia. *Anales de Psicología*, 30, 431-437. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.154311>.
- Casey, B. J., Craddock, N., Cuthbert, B. N., Hyman, S. E., Lee, F. S. y Ressler, K. J. (2013). DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? *Nature Reviews Neuroscience*, 14(11), 810-814. doi: 10.1038/nrn3621.
- Cash T. F. y Deagle E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in norexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-26.
- Casper, R., Eckert, E., Halmi, K., Goldberg, S. y Davis, J. (1980). Bulimia: Its incidence and importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 34, 87.
- Cassin, S. E. y Von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychological Review*, 25(7), 895-916. doi: 10.1016/j.cpr.2005.04.012.
- Castro, J. (2005). *Patrón de conducta tipo A y pautas educativas. Tesis Doctoral no publicada*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

- Castro, J., Toro, J. y Salamero, M. (1991). The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-90.
- Catálogo general de publicaciones oficiales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006). Documento de Consenso *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de <http://publicaciones.administracion.es>.
- Cattanach, L. y Rodin, J. (1988). Psychosocial components of the stress process in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 75-88. doi: 10.1002/1098-108X(198801)7:1<75::AID-EAT2260070108>3.0.CO;2-A.
- Cervera, S. y Quintanilla, B. (1995). *Anorexia nerviosa. Manifestaciones psicopatológicas fundamentales*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra S.A.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M. A., Gual, P., de Irala-Estévez, J. y Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *The International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271– 80.
- Chatoor, I. (1999). Causes, symptoms, and effects of eating disorders: Child development as it relates to anorexia nervosa and bulimia nervosa. En R. Lemberg y L. Cohn (Eds.), *Eating disorders: A reference sourcebook* (pp. 17-21). Phoenix, AZ: The Oryx Press.
- Chen, E. Y. y Le Grange, D. (2007). Subtyping adolescents with bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 2813-2820. doi:10.1016/j.brat.2007.09.003
- Chen, E. Y., McCloskey, M. S., Michelson, S., Gordon, K. H. y Coccaro, E. (2011). Characterizing eating disorders in a personality disorders sample. *Psychiatry Research*, 185(3), 427-432. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.002.
- Chinchilla, A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson SA.

- Chinchilla Moreno, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson, S.A.
- Chinchilla, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon.
- Choca, J. y Van Denburg, E. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI*. Barcelona: Paidós.
- Christopher, G., Fairburn, D. M. y Cooper, Z. (2007). Thinking Afresh about the Classification of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40, S107–S110. doi: 10.1002/eat.
- Claes, L., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Granero, R., Sánchez, I. y Menchón, J. M. (2012). Personality subtypes in male patients with eating disorder: validation of a classification approach. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 981-987. doi:10.1016/j.comppsy.2012.02.001.
- Claes, L., Robinson, M. D., Muehlenkamp, J. J. y Vandereycken, W. (2010). Differentiating binge/purging and restrictive eating disorder subtypes: the roles of temperament, effortful control, and cognitive control. *Personality and Individual Differences*, 48, 166-70. doi: 10.1016/j.paid.2009.09.016.
- Claes, L., Vandereycken, W., Luyten, P., Soenens, B., Pieters, G. y Vertommen, H. (2006). Personality prototypes in eating disorders based on the Big Five model. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 401-416. doi:10.1521/pedi.2006.20.4.401.
- Claes, L., Vandereyken, W. y Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32, 707-714. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00071-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00071-X).
- Claridge, G., Davis, C., Bellhouse, M. y Simone, K. (1998). Borderline personality, nightmares, and adverse life events in the risk for eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 25, 339-351. doi: 10.1016/S0191-8869(98)00052-X.
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Alford, B. A. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Clinton, D. y Norring, C., (2005). The comparative utility of statistically derived eating disorder clusters and DSM-IV diagnoses: Relationship to symptomatology and psychiatric comorbidity at intake and follow-up. *Eating Behaviors*, 6, 403–418. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.05.003.
- Clinton, D., Button, E., Norring, C. y Palmer, R. (2004). Cluster analysis of key diagnostic variables from two independent samples of eating-disorder patients: evidence for a consistent pattern. *Psychological Medicine*, 34, 1035-1045.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variant: a proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. y Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. Washington University, St Louis: Center for Psychobiology of Personality.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B. y Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222.
- Compare, A., Callus, E. y Grossi, E. (2012). Mindfulness trait, eating behaviours and body uneasiness: a case-control study of binge eating disorder. *Eating Weight Disorders*, 17(4), 244–251. doi:10.3275/8652.
- Connors, M. y Johnson, C. (1987). Epidemiology of bulimia and bulimic behaviors. *Addictive Behaviors*, 12(2), 165-179. doi:10.1016/0306-4603(87)90023-2
- Cooper, P. J. y Goodyer, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry*, 171, 542-544.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairbun, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494. doi: 10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O.
- Cooper, P., Watkins, B., Bryant-Waugh, R. y Lask, B. (2002). The nosological status of early onset anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 32(5), 873-880. doi:10.1017/S0033291702005664.

- Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8. doi: 10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Coopersmith, S. (1981). *Self-Steem Inventory*. California: Consulting Psychologist Press.
- Coopersmith, S. (1987). *Self-esteem inventory adult form*. San Francisco, CA: Freeman.
- Covert, D. L., Kinder, B. N. y Thompson, J. K. (1989). The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 169-180.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., y Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263-266.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G. y Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 91-97. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.02.003.
- Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R. y Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviours*, 8(1), 23-30. doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.08.009.
- Costa, P. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Court, A., Mulder, C., Hetrick, S. E., Purcell, R. y McGorry, P. D. (2008). What is the scientific evidence for the use of antipsychotic medication in anorexia nervosa? *Eating Disorders*, 16, 217-23. doi: 10.1080/10640260802016761.
- Crisp, A. H. (1965) Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa: Study of 30 cases. *Journal of Psychosomatic Research*, 91, 67-78.
- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia nervosa*. New York: Grune & Stratton.

- Crisp, A. H., Harding, B. y McGuiness, B. (1974). Anorexia nervosa. Psychoneurotic characteristics of parents: relationship to prognosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 167-173.
- Crisp, A. H., Palmer, R. L. y Kalucy, R. S. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 128, 549-54.
- Crow, S. J., Mitchell, J. E., Roerig, J. D. y Steffen, K. (2009). What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 20, 1-8. doi: 10.1002/eat.20576.
- Crow, S. J., Agras, W. S., Halmi, K., Mitchell, J. E. y Kraemer, H. C. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 309–318. doi: 10.1002/eat.10088.
- Cruz, C., Unikel, C., González, L. y Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26(3), 1-8.
- Culbert, K., Racine, S. y Klump, K. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders - A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54, 652–659. doi: 10.1111/jcpp.12441.
- Cunha, A. I., Relvas, A. P. y Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 229-240.
- DaCosta y Halmi, K. A. (1992). Classifications of Anorexia Nervosa: Questions of subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 305-313.
- Dalle, R. (2011). Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22(2), 153 - 160. doi:10.1016/j.ejim.2010.12.010.
- Dallos, R. (2004). Attachment narrative therapy: Integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Therapy*, 26(1), 40-65. doi: 10.1111/j.1467-6427.2004.00266.x.

- Davey, G. C. L. y Chapman, L. (2009). Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: The role of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 268-275. doi: 10.1002/cpp.623.
- Davies, C. A., DiLillo, D. y Martínez, I. G. (2004). Isolating adult psychological correlates of witnessing parental violence: findings from a predominantly Latin sample. *Journal of Family Violence*, 6, 369-378.
- Dazzi, F. y Di Leone, F. G. (2014). The diagnostic classification of eating disorders: current situation, possible alternatives and future perspectives. *Eating and Weight Disorders*, 19(1), 11-19.
- De Groot, J. M., Rodin, G., y Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 53-60.
- De la Revilla, L., Bailón, E., Luna, J., Delgado, A., Prados, M. A. y Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-92.
- De la Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario de MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.
- De la Vía, L. R., Echebarría, L. Yárnoz, S. y Páez, D. (1989). Alexitimia, represión emocional y trastornos psicosomáticos: la Escala de Alexitimia de Noël. En A. Echebarría y D. Páez. (Eds.). *Emociones: perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- De Zwaan, M., Bach, M., Mitchell, J.E., Ackard, D., Specker, S.M., Pyle, R. L y Pakesch, G. (1995). Alexithymia, obesity, and binge eating disorder. *The international Journal of Eating Disorders*, 12(2), 135-140. doi:10.1002/1098-108X(199503)17:2<135::AID-EAT2260170205>3.0CO;2-7.
- De Zwaan, M., Lancaster, K. L., Mitchell, J. E., Howell, L. M., Monson, N., Roerig, J. L. y Crosby, R. D. (2002). Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 12, 773-780. doi:10.1381/096089202320995547.

- De Zwaan, M., Mitchell, J. E., Howell, L. M., Monson, N., Swan- Kremeier, L., Roerig, J. L., Kolotkin, R. L. y Crosby, R. D. (2002). Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obesity Research & Clinical Practice*, 10, 1143–1151. doi:10.1038/oby.2002.155.
- De Zwaan, M., Mitchell, J.E., Seim, H.C., Specker, S.M., Pyle, R.L., Raymond, N. C. y Crosby, R. B. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *The international Journal of Eating Disorders*, 15(1), 43-52. doi:10.1002/1098-108X(199401)15:1<43::AID-EAT2260150106>3.0.CO;2-6.
- DeBoer, L. B., Tart, C. D., Presnell, K. E., Powers, M. B., Baldwin, A. y Smits, J. A. J. (2012). Physical activity as a moderator of the association between anxiety sensitivity and binge eating. *Eating Behaviors*, 13, 194–201. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.01.009.
- Dellava, J. E., Thornton, L. M., Hamer, R. M., Strober, M., Plotnicov, K., Klump, K. L.,... Bulik, C. M. (2010). Childhood anxiety associated with low BMI in women with anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 60–67. doi: 10.1016/j.brat.2009.09.009.
- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J. L., Prieto, L. R. y Saiz, R. J. (1999). The role of the personality in the feeding behavior disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(1), 43-50.
- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J.L., Prieto, R. y Sáiz, J. (2000). Role of personality disorder in eating behavior disorders. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 28,29-36.
- Díaz- Marsá, M., Carrasco, J.L. y Sáiz, J. (2000). A study temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.
- Dobson, K. S. y Kendall, P. C. (1993). *Psychopathology and Cognition*. California: Academic Press.
- Dolan, B., Evans, C. y Norton, K. (1994). Disordered eating behavior and attitudes in female and male patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8, 17-27. doi: 10.1521/pedi.1994.8.1.17.

- Doll, H. A., Petersen, S. E. y Stewart-Brown, S. L. (2005). Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Quality of Life Research*, 14, 705–717. doi:10.1007/s11136-004-0792-0.
- Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22(2), 153 - 160. doi:10.1016/j.ejim.2010.12.010.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento, cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 585-614.
- Eddy, K., Dorer, D., Franko, D., Tahlani, K., Thompson-Brenner, H. y Herzog D. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 245-50. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07060951.
- Eddy, K., Swanson, S., Crosby, R., Franko, D., Engel, S. y Herzog, D. (2010). How should DSM-5 classify eating disorder not otherwise specified (EDNOS) presentations in women with lifetime anorexia or bulimia nervosa? *Psychological Medicine*, 40(10), 1735-44. doi: 10.1017/S0033291709992200.
- Ehlers, A. (1995). A one-year prospective study of panic attacks: Clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 164–172.
- Ehring, T. y Watkins, E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192–205. doi: 10.1521/ijct.2008.1.3.192.
- Eiber, R., Vera, L., Mirabel-Sarron, C. y Guelfi, J. D. (2003). Selfesteem: A comparison study between eating disorders and social phobia. *Encephale*, 29, 35-41.
- Eizaguirre, E. A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 553-60.

- Engel, S. G., Corneliussen, S. J., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Grange, D., Crow, S.,... Steige, H. (2005). Impulsivity and Compusivity in Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 244-251. doi: 10.1002/eat.20169.
- Engelsen, B. K. (2000). Prevalence and dimendionality in adolescent eating problems. *Eating and Weight Disorders*, 5(2), 87-91.
- Enns, M. W., Cox, B. J. y Larsen, D. K. (2000). Perceptions of parental bonding and sympton severity in adults with depression: Mediation by personatity dimensions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 263-268.
- Espelage, D., Mazzeo, S., Sherman, R. y Thompson, R. (2002). MCMI-II profiles of women with eating disorders: A cluster analytic investigation. *Journal of Personality Disorders*, 16(5), 453-463. doi:10.1521/pedi.16.5.453.22127.
- Espina, A. (1998). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Eds.), *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. (pp.). Madrid: Fundamentos.
- Espina, A. Ortego, M. A., Ochoa de Alda, I. y Alemán, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1), 139-149.
- Espina, A., Ochoa de Alda, I. y Ortego, M. A. (2009). *Conductas alimentarias, salud mental y estilos de crianza en Adolescentes de Gipuzkoa*. Centro de la Alimentación y la Gastronomía D^eelikatuz de Ordizia.
- Fahy, T. y Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-197.
- Fairburn C. G. y Walsh B. T. (2002). Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified) En: C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (2^a ed.) (pp. 171–177). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford.

- Fairburn, C. G. y Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research Therapy*, 43(6), 691-701. doi: 10.1016/j.brat.2004.06.011.
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination, 12th Edition. En C. G. Fairburn y Z. Cooper (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford.
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2007). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S107–S110. doi:10.1002/eat.20460.
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407 - 416. doi:10.1016/S0140-6736(03)12378-1.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P. y O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 659-65.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. y Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., y O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., y O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Norman, P. A., O'Connor, M. E. y Doll, H. A. (1996). Bias and bulimia nervosa: How typical are clinic cases? *The American Journal of Psychiatry*, 153, 386–391. doi: 10.1176/ajp.153.3.386.

- Fairburn, C. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083881.
- Fallon, P. y Wonderlich, S. A. (1997). Sexual abuse and other forms of trauma. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 394–414). New York: Guilford Press.
- Fandiño, A., Giraldo, S. C. Martínez, C., Paola Aux, C. y Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38(4), 344-351.
- Fandiño, J., Moreira, R. O., Preissler, C., Gaya, C. W., Papelbaum, M., Countinh, W. F. y Appolinario, J. C. (2010). Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Comparative Psychiatric*, 51(2), 110-114.
- Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F. y Abbate Daga, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9, 81–90.
- Fassino, S., Daga, G. y Amianto, F. (2002). Temperament and character profile and eating disorders: a controlled study with the temperament and character inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 412-25. doi: 10.1002/eat.10099.
- Favaro, A., Zanetti, T., Tenconi, E., Degortes, D., Ronzan, A., Veronese, A. y Santonastaso, P. (2005). The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eating Disorders*, 13, 61–70. doi: 10.1080/10640260590893647.
- Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital & Community Psychiatry*, 40, 137–145.
- Fernández-Aranda, F. y Turón, V. (2004). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Fernández, A. M., Bujalance, M. J., Leiva, F., Martos, F., García, A. J. y Sánchez de la Cuesta, F. (2001). Salud autopercibida, apoyo social y familiar de los pacientes con EPOC. *Medifam*, 11(9), 530-539. doi: 10.4321/S1131-57682001000900003.

- Fernández, C., Espina, A. y Aresti, A. (1996). Uno studio sull' "Alexitimia nelle condotte tossicomane". *Personalità / Dipendenze*, (2), 235-241.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M.,... Bulik, C. M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 147-57. doi: 10.1016/j.psychres.2007.02.011.
- Fernando-Delgado, A. y Jáuregui-Lobera, I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Journal of negative & no positive results*, 1(2), 71-80. DOI: 10.19230/jonnpr.2016.1.2.1011.
- Fink, E., Bodell, L., Smith, A. y Joiner, T. (2013). The joint influence of disordered eating and anxiety sensitivity on the acquired capability for suicide. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 934. doi:10.1007/s10608-012-9502-3.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID-I)*. Washington: APA Pres Inc.
- Fischer-Mccanne, L. P. (1985). Correlates of bulimia in college students: Anxiety, assertiveness, and locus of control. *Journal of College Student Personnel*, 26, 306-10.
- Fisher, M. (2003). The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review. *Adolescent Medicine*, 14(1), 149-58.
- Fitcher, M. M., Quadflieg, N. y Rief, W. (1994). Course of multi-impulsive bulimia. *Psychological Medicine*, 24, 591-604.
- Folope, V., Chapelle, C., Grigioni, S., Coeffier, M. y Dechelotte, P. (2012). Impact of eating disorders and psychological distress on the quality of life of obese people. *Nutrition*, 28(7-8), 7-13. doi: 10.1016/j.nut.2011.12.005.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D., Matthews, M., Skolnick, N. y Katz, J. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 21-9. doi: 10.1002/1098-108X(199207)12:1<21::AID-EAT2260120104>3.0.CO;2-Y.

- Franko, D. L., Dorer, D. J., Keel, P. K., Jackson, S., Manzo, M. P. y Herzog, D. B. (2008). Interactions between eating disorders and drug abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(7), 556-61. doi: 10.1097/NMD.0b013e31817d0153.
- Franko, D. L., Keel, P. K., Dorer, D. J., Blais, M. A., Delinsky, S. S., Eddy, K. T.,... Herzog, D. B. (2004). What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological Medicine*, 34(5), 843-53.
- Freud, S. (1895). *Cartas a Fliess* (Ed. Fernández Ballesteros). Manuscrito G: melancolía.
- Fullerton, D. T., Wonderlich, S. A. y Gosnell, B. A. (1995). Clinical characteristics of eating disorder patients who report sexual or physical abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 243-249.
- Fulton, J. J., Lavender, J. M., Tull, M. T., Klein, A. S., Muehlenkamp, J. J. y Gratz, K. L. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and disordered eating: The mediating role of experiential avoidance. *Eating Behaviors*, 13, 166-169. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.12.003.
- Furman, K. y Thompson, K. (2002). Body image, teasing and mood alterations and experimental study of exposure to negative verbal commentary. *International Journal of Eating Disorder*, 32, 449-457. doi: 10.1002/eat.10095.
- Gambrill, E. y Richey, C. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561. doi: 10.1016/S0005-7894(75)80013-X.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Muñoz, P., Sepúlveda, A.R., Galán, I., León, C. (2002). Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gaceta Sanitaria*, 1, 40-2.
- García, A. (2003). El apoyo social. *Hojas Informáticas*, 53, 1-5.
- García-Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 110, 70-74.
- Gard, M. C. E. y Freeman, C. P. (1996). The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *The International Journal of Eating*

- Disorders*, 20, 1-12. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199607)20:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-M.
- Garfinkel, P. E. (2002). Classification and diagnosis of eating disorders. En C.G. Fairburn y K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity (2ª ed.)*. New York: Guilford University Press.
- Garfinkel, G. E. y Garner, D. M. (1992). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Montreal: Brunner/Mazel.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Kaplan, A. S. y Woodside, D. B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Garfinkel, P. E., Moldogsky, H. y Garner, D. M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1036-1044.
- Garfinkel, P.E., y Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner-Mazel.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-50. doi:10.1007/BF01183887.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1985). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- Garner, D. M. y Myerholtz, L. E. (1998). Eating disorders. En A.S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Comprehensive clinical psychology*, (pp.). Oxford: Pergamon.

- Garner, D. M. y Sackeyfio, A. H. (1993). Eating disorders. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting*, (pp.). Nueva York: Plenum.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W. y Olmsted, M. P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48(1-4), 170-175.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34. doi: 10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D.M. (1991). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)*. Madrid, España: TEA.
- Gartner, A. F., Marcus, R. N., Halmi, K. y Loranger, A. W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591. doi: 10.1176/ajp.146.12.1585.
- Geist, R., Davis, R. y Heinmaa, M. (1998). Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 507-12.
- Ghaderi, A. (2001). *Eating Disorders*. Uppsala: Uppsala University.
- Ghaderi, A. y Scott, B. (1999). Prevalence and psychological correlates of eating disorders among females aged 18-30 years in general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 261-266.
- Ghaderi, A. y Scott, B. (2000). The Big Five and eating disorders: A prospective study in the general population. *European Journal of Personality*, 14(4), 311-323. doi: 10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<311::AID-PER378>3.0.CO;2-8.

- Ghaderi, A. y Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 122-130. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00298.x.
- Gillberg, I., Rastam, M. y Gillberg, C. (1995). Anorexia-nervosa 6 years after onset personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 61-69. doi:10.1016/0010-440X(95)90100-A.
- Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 19-28.
- Gleaves, D. H. y Eberenz, K. P. (1995). Validating a multidimensional model of the psychopathology of bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 181-9.
- Gleaves, D. H., Williamson, D. A. y Berker, S. E. (1993). Confirmatory factor analysis of a multidimensional model of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 173-6.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Perdereau, F., y Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: A review. *International Journal of Eating Disorder*, 32, 253-270. doi: 10.1002/eat.10096.
- Godart, N., Flament, M., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J.,... Fermanian, J. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research*, 117(3), 245-58.
- Godart, N., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J., Halfon, O.,... Flament, M. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and Weight Disorders*, 9(4), 249-57.
- Godt, K. (2008). Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 94-99. doi: 10.1002/erv.844
- Goldner, E., Srikameswaran, S., Schroeder, M., Livesley, W. y Birmingham, C. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 85(2), 151-159. doi:10.1016/S0165-1781(98)00145-0.

- Gómez Maquet, Y., Vallejo Zapata, V. J., Villada Zapata, J. y Zambrano Cruz, R. (2010). Propiedades psicométricas del Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI) en la población de Medellín, Colombia. *Pensando Psicología*, 6(11), 65-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1692issn.1900-309>.
- González, O., Pérez, N. y Redondo, M. (2007) Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y salud*, 18, 3.401-423.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L.,... Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown obsessive compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-11.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. y Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brawn Obsessive Compulsive Scale.II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46,1012-16.
- Goodwin, H., Haycraft, E., Willis, A.-M. y Meyer, C. (2011). Compulsive Exercise: The Role of Personality, Psychological Morbidity, and Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 655-660. doi:10.1002/eat.20902.
- Goodwin, R. D. y Fitzgibbon, M. L. (2002). Social anxiety as a barrier to treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 32, 103-106. doi: 10.1002/eat.10051.
- Gordon, R. A. (1990). *Anorexia y bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*. Cambridge, MA: Basil Blackwell.
- Gordon, K. H., Pérez, M. y Joiner, T. E. (2002). The impact of racial stereotypes on eating disorder recognition. *International Journal of Eating Disorder*, 32(2), 219-224. doi: 10.1002/eat.10070.
- Gotestam, K. G. y Agras, W. S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Intenational Journal of Eating Disorders*, 18, 119-26. doi: 10.1002/1098-108X(199509)18:2<119::AID-EAT2260180203>3.0.CO; 2-U.

- Graff, H. y Mallin, R. (1967). The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry*, 124, 36–42. doi: 10.1176/ajp.124.1.36.
- Gralen, S., Levine, M. P., Smolak, L. y Murnen, S. (1990). Dieted and disordered eating during early and middle adolescent: Do the influences remain the same? *International Journal of Eating Disorders*, 9, 501-512. doi: 10.1002/1098-108X(199009)9:5<501::AID-EAT2260090505>3.0.CO;2-0.
- Grasso, M., Nazzaro, F., Vona, L., Capacchione, G. y Loriedo, C. (2012). Maturity fears and weight phobia in eating disorders: research of a relationship. *Rivista Di Psichiatria*, 47(4), 319-326. doi: 10.1708/1139.12560.
- Grenon, R., Tasca, G. A., Cwinn, E., Coyle, D., Sumner, A., Gick, M. y Bissada, H. (2010). Depressive symptoms are associated with medication use and lower health-related quality of life in overweight women with binge eating disorder. *Womens Health Issues*, 20(6), 435-40. doi:10.1016/j.whi.2010.07.004.
- Grilo, C. (2004). Subtyping female adolescent psychiatric inpatients with features of eating disorders along dietary restraint and negative affect dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 67–78.
- Grilo, C. M., Levy, K. N., Becker, D. F., Edell, W. S. y McGlashan, T. H. (1996). Comorbidity of DSM-III-R Axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatric Services*, 47, 426-429. doi: 10.1176/ps.47.4.426.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M. y Wilson, G. T. (2001). Subtyping binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1066-72.
- Grilo, C. M., Masheb, R. y Berman, R. (2001). Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affect dimensions: A replication in a treatment-seeking sample. *Eating and Weight Disorders*, 6(1), 53–58. doi: 10.1037/a0013887
- Grilo, C. M. y White, M. A. (2011). A controlled evaluation of the distress criterion for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 509-514.

- Grissett, N. I. y Norvell, N. K. (1992). Perceived social supports, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 293-299.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., De Irala-Estévez, J. y Cervera, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *The International Journal of Eating Disorders*, 31, 261-273. doi: 10.1002/eat.10040.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Flament, M., y Jeammet, P. (1999). Psychosomatic vulnerability and eating disorders. *Annales Medico Psychologiques*, 157(6), 390-401.
- Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Transactions of the Clinical Society of London, 7, 22-28, citado en Herscovici, R. C. y Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós. doi: 10.1002/j.1550-8528.1997.tb00677.x.
- Gutiérrez, J., Bayón, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. y Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del temperamento y el carácter-revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1), 8-15.
- Hadano, M. (1998). Family relationships of patients with eating disorders examined by the Parental Bonding Instrument and Family Relationship Inventory. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*, 38, 511-522.
- Hagborg, W. J. (1993). The Rosenberg Self-Esteem Scale and Harter's Self Perception Profile for Adolescents: A concurrent validity study. *Psychology in the Schools*,

- 30, 132-136. doi: 10.1002/1520-6807(199304)30:2<132::AID-PITS2310300205>3.0.CO;2-Z.
- Hair, J. F. Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (1999). *Análisis Multivariante, 5ª ed.* Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D., Fichter, M., ... Kaye, W. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805. doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1799.
- Hamilton, M. (1959). The assessment states of anxiety by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-5. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-96. doi: 10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x.
- Harris, E. C. y Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356. doi: 10.1002/cpp.628.
- Hart, K.J. y Ollendick, T.H. (1985). Prevalence of bulimia in working and university women. *American Journal of Psychiatry*, 142, 851-854.
- Hartmann, A., Weber, S., Herpertz, S. y Zeeck, A. (2011). Psychological treatment for anorexia nervosa: a meta-analysis of standardized mean change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 216-26. doi: 10.1159/000322360.
- Hartmann, A., Zeeck, A. y Barrett, M. S. (2010). Interpersonal Problems in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 619-627. doi:10.1002/eat.20747.

- Hay, P., Girosi, F. y Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 3, 19. doi:10.1186/s40337-015-0056-0
- Hay, P. J. y Mond, J. (2005). How to „count the cost“ and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders. *Journal of Mental Health*, 14(6), 539-552. doi:10.1080/09638230500400274.
- Hay, P. J., Mond, J., Buttner, P. y Darby, A. (2008). Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLoS ONE*, 3(2), 15-41. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0001541>.
- Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 552-556. doi: 10.1002/eat.20646.
- Hearon, B. A., Quatromoni, P. A., Mascoop, J. L. y Otto, M. W. (2014). The role of anxiety sensitivity in daily physical activity and eating behavior. *Eating Behaviors*, 15(2), 255–258. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.03.007.
- Hearon, B. A., Utschig, A. C., Smits, J. A. J., Moshier, S. J. y Otto, M. W. (2013). The role of anxiety sensitivity and eating expectancy in maladaptive eating behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 923–933. doi: 10.1007/s10608-012-9491-2.
- Hebebrand, J. y Bulik, C. M. (2011). Critical appraisal of the provisional DSM- 5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 665-678. doi: 10.1002/eat.20875.
- Heimberg, R. G. y Harrison, D. F. (1980). Use of the Rathus Assertiveness Schedule with offenders: a question of questions. *Behavior Therapy*, 11, 278-281. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(80\)80028-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(80)80028-1).
- Henderson, M. y Freeman, C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24. doi: 10.1192/bjp.150.1.18.
- Herpertz-Dahlmann, B., Muller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J. y Remschmidt, H. (2001). Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa--course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation.

- Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 603-612. doi: 10.1111/1469-7610.00756.
- Herrera-Giménez, M. (2011). Bulimia Nervosa: emociones y toma de decisiones. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4, 88-95. doi: 10.1016/j.rpsm.2011.03.002.
- Herzog, D. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed? *American Journal of Psychiatry*, 141, 1594-97. doi: 10.1176/ajp.141.12.1594.
- Herzog, D. B., Franko, D. L., Dorer, D. J., Keel, P. K., Jackson, S. y Manzo, M. P. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5), 64-8. doi: 10.1002/eat.20257.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M. y Sacks, N. R. (1992a). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5), 147- 152. doi: 10.1086/492373.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J. y Lavori, P. W. (1992b). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-8. doi: 10.1097/00004583-199209000-00006.
- Herzog, D., Nussbaum, K. y Marmor, A. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clinics of North America*, 19, 843-59. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70385-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70385-3).
- Hinrichsen, H., Waller, G. y Van Gerko, K. (2004). Social anxiety and agoraphobia in the eating disorders: Associations with eating attitudes and behaviors. *Eating Behaviors*, 5(4), 285-90. doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.04.008.
- Hjern, A., Lindberg, L. y Lindblad, F. (2006). Outcome and prognostic factors for adolescent female inpatients with anorexia nervosa: 9- to 14-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 428-32. doi: 10.1192/bjp.bp.105.018820.
- Hoek, H. W. y Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-96. doi: 10.1002/eat.10222.

- Holderness, C. C., Brooks-Gunn, J. y Warren, M. P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 1-34.
- Holliday, J., Uher, R., Landau, S., Collier, D. y Treasure, J. (2006). Personality pathology among individuals with a lifetime history of anorexia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 20, 417–430. doi: 10.1521/pedi.2006.20.4.417.
- Holtkamp, K., Müller, B., Heussen, N., Remschmidt, H. y Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 106-110. doi: 10.1007/s00787-005-0431-5.
- Hopwood, C. J., Ansell, E. B., Fehon, D. C. y Grilo, C. M. (2010). Personality heterogeneity in female adolescent inpatients with features of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 585-591. doi:10.1016/j.comppsy.2010.03.006.
- Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D.,... Minouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 921-7. doi: 10.1097/00004583-199607000-00019.
- Horesh, N., Apter, A., Lepkifker, E., Ratzoni, G., Weizmann, R. y Tyano, S. (1995). Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 5-9. doi: 10.1111/j.1600-0447.1995.tb09734.x.
- Hsu, L. (1990). Experiential aspects of bulimia nervosa - implications for cognitive behavioral-therapy. *Behavior Modification*, 14(1), 50-65. doi:10.1177/01454455900141004.
- Hudson, J. I., Coit, C. E., Lalonde, J. K. y Pope, H. G. Jr. (2012). By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 45, 139–141. doi: 10.1002/eat.20890.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. Jr. y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358. doi:10. 1016/j.biopsy.2006.03.040.

- Humphrey, L. L. (1986). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 395-402. doi: 10.1037/0021-843X.95.4.395.
- Humphrey, L. L. y Stern, S. (1988). Object relations and the family system in bulimia: a theoretical integration. *Journal of Marital and Family therapy*, 14(4), 337-350. doi: 10.1111/j.1752-0606.1988.tb00756.x.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J. y Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medical*, 15A, 221-229. doi: 10.1016/0271-7123(81)90005-5.
- Iancu, I., Cohen, E., Yehuda, Y. B. y Kotler, M. (2006). Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 189-193. doi: 10.1016/j.comppsy.2006.01.001.
- Imaz, C., Ballesteros, M., Higuera, M. y Conde, V. (2008). Health care analysis of eating disorders in Valladolid. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 75-81.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Jacobson, R. y Robins, C. J. (1989). Social dependency and social support in bulimic and nonbulimic women. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 665-670. doi: 10.1002/1098-108X(198911)8:6<665::AID-EAT2260080607>3.0.CO;2-7.
- Janet, P. (1919). *Las obsesiones y la psicastenia*. Paris: Felix Alcan.
- Jáuregui, I., Santiago, M. J. y Estébanez, S. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Atención Primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 41(4), 201-206. doi: 10.1016/j.aprim.2008.06.002.
- Jáuregui, L. I. (2004). Anorexia nerviosa. El trabajo con la familia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(2), 127-128.

- Johnson, C. (1985). Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel, (eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 19-51). Nueva York. The Guilford Press.
- Johnson, C. y Wonderlich, S. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En J. H. Crowter (Ed.), *The etiology of bulimia nervosa: the individual and familiar context*. Nueva York: Hemisphere.
- Kalucy, R. S., Crisp, A. H. y Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 381-95.
- Karwautz, A., Rabe-Hesketh, S., Hu, X., Zhao, J., Sham, P., Collier, D. A. y Treasure, J. L. (2001). Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: A pilot study using a discordant sister-pair design. *Psychological Medicine*, 31, 317–329.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N. C. y Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215–2221. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2215.
- Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George, D. T., Weiss, S. R. y Jimerson, D. C. (1986). Relationships of mood alterations to bingeing behavior in bulimia. *The British Journal of Psychiatry*, 149, 479-85.
- Keel, P. K. y Brown, T. A. (2010). Update on Course and Outcome in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204. doi: 10.1002/eat.20810.
- Keel, P. K., Brown, T. A., Holland, L. A. y Bodell, L. P. (2011). Empirical Classification of Eating Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 381-404. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143111.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L. y Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63–69.
- Keilen, M., Treasure, T., Schmidt, U. y Treasure, J. (1994). Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: are they comparable? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87, 441-444.

- Kell, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C. y Herzog, D. B. (2005). Factores pronósticos de recaída tras la remisión en las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2263-8.
- Kennedy, S. H., McVey, G. y Kats, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24(3), 259-269.
- Kennedy, S. H., Katz, R., Rockert, W., Mendlowitz, S. Ralevski, E. y Clewes, J. (1995). Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a comparison of self-report and structured interview methods. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 358-364.
- Kessler, R. C. y Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29, 115-29. doi: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V.,... Xavier M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73, 904–914. doi:10. 1016/j.biopsych.2012.11.020
- Keys, A., Brožek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. y Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation*. Oxford, England: University of Minnesota Press.
- Killen, J., Taylor, C., Hayward, C., Haydel, K., Wilson, D., Hammer, L.,... Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-yearprospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 936-940. doi:10.1037//0022-006X.64.5.936.
- Kim, J. H. y Lennon, S. J. (2007). Mass media and self-esteem, body image, and eating disorder tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 25, 3-23.
- Kitamura, T., Shikai, N., Uji, M., Hirumura, H., Tanaka, N. y Shono, M. (2009). Intergenerational transmission of parenting style and personality: Direct influence or mediation? *Journal of Child and Family Studies*, 18, 541. doi:10.1007/s10826-009-9256-z .

- Kiyotaki, Y. y Yokoyama, K. (2006). Relationships of eating disturbances to alexithymia, need for social approval, and gender identity among Japanese female undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 41, 609-618. doi: 10.1016/j.paid.2006.02.013
- Kleinfeld, E. I., Sunday, S., Hurt, S. y Halmi, A. K. (1994). The Tridimensional Personality Questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 28(5), 413- 423.
- Kluck, A. S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, 9, 471–483. doi: 10.1016/j.eatbeh.2008.07.006.
- Klump, K. L., Strober, M., Bulik, C. M., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B.,... Kaye, W. H. (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological Medicine*, 34, 1407–1418.
- Knoll, S., Bulik, C. M. y Hebebrand, J. (2011). Do the currently proposed DSM-5 criteria for anorexia nervosa adequately consider developmental aspects in children and adolescents? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 95-101. 52. doi: 10.1007/s00787-010-0141-5.
- Koff, E. y Rierdan, J. (1991). Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 12, 307-312.
- Kolotkin, R. L., Westman, E. C., Ostbye, T., Crosby, R. D., Eisenson, H. J. y Binks, M. (2004). Does binge eating disorder impact weight-related quality of life? *Obesity Research & Clinical Practice*, 12, 999–1005. doi:10.1038/oby.2004.122.
- Koo-Loeb, J. H., Costello, N., Light, K. C. y Girdler, S. S. (2000). Women with eating disorder tendencies display altered cardiovascular, neuroendocrine, and physiological profiles. *Psychosomatic Medicine*, 62, 539-48.
- Kotler, L. A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S. y Walsh, B. T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1434-40. doi: 10.1097/00004583-200112000-00014.

- Krug, I., Root, T., Bulik, C., Granero, R., Penelo, E., Jimenez-Murcia, S. y Fernandez-Aranda, F. (2011). Redefining phenotypes in eating disorders based on personality: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 188(3), 439-445. doi:10.1016/j.psychres.2011.05.026.
- Kupfer, D. J., Kuhl, E. A. y Regier, D. A. (2013). DSM-5-the future arrived. *JAMA*, 309(16), 1691-2. doi: 10.1001/jama.2013.2298.
- Lacey, J. H. (1993). Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. *British Journal of Psychiatry*, 163, 190-194.
- Lacey, J. H. y Evans, C. D. (1986). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81(5), 641-649. doi: 10.1111/j.1360-0443.1986.tb00382.x.
- Lacey, J. H. y Moureli, E. (1986). Bulimic alcoholics: some features of a clinical subgroup. *British Journal of Addiction*, 81(5), 685-689. doi: 10.1111/j.1360-0443.1986.tb00345.x.
- Lacey, J. H. y Read, T. (1993). Multi-impulsive bulimia: Description of an inpatient eclectic treatment programme and a pilot follow-up study of its efficacy. *Eating Disorders Review*, 1, 22-31. doi: 10.1002/erv.2400010105.
- Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, N. M., Wittchen, H. U. y Prike, K. M. (1987). Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. A descriptive diagnostic study. *The British Journal of Psychiatry*, 151, 785-9.
- Lahortiga-Ramos, F., de Irala-Estévez, J., Cano-Prous, A. y Gual García, P. (2005). Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). *European Journal of Psychiatry*, 20, 179-85. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.07.008.
- Lavik, N. J., Clausen, S. E. y Pedersen, W. (1991). Eating behaviour, drug use, psychopathology and parental bonding in adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 387-390. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb03164.x.
- León Hernández, R. C. y Aizpuru de la Portilla, A. (2010). Family Eating Disorders antecedent and symptomatology in women with an Eating Disorder (ED).

- Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 119-124.
- León, G. R., Lucas, A. R., Colligan, R. C., Ferdinande, R. J. y Kamp, J. (1985). Sexual, body-image, and personality attitudes in anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 245–57. doi:10.1007/BF00910645
- León, G., Fulkerson, J., Perry, C. y Earlyzald, M. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 140-149. doi:10.1037/0021-843X.104.1.140.
- León, G., Fulkerson, J., Perry, C., Keel, P. y Klump, K. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 181- 196. doi:10.1023/A:1021649314458.
- Leung, N., Thomas, G. y Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 205–213. doi: 10.1348/014466500163220.
- Levin, A. P. y Hyler, S. E. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 47-53. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X\(86\)90068-4](http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X(86)90068-4).
- Levine, M. U. y Smolak, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. En J. H. Crowther, D. L. Tenenbaum, S. E. Hobfoll y M. A. Parris Stephens (Eds.), *The Etiology of Bulimia Nervosa: The Individual and Familial Context* (pp. 59-80). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moor, R. H. y Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in Young women from adolescence to Young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1284-92.

- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., ... Kaye, W. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30(6), 1399-1410. doi:10.1017/S0033291799002792.
- Lilenfeld, L., Kaye, W. H., Greeno, C., Merikangas, K., Plotnicov, K., Pollice, C.,... Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603-10. doi:10.1001/archpsyc.55.7.603.
- Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R. y Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299–320. doi:10.1016/j.cpr.2005.10.003.
- Liliana Betancourt, M., Rodríguez Guarín, M. y Gempeler Rueda, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 48(3), 261-276.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L....Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Lobo, A. y Chamorro, L. (2002) Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-9.
- Lock, J., Reisel, B. y Steiner, H. (2001). Associated health risks of adolescents with disordered eating: How different are they from their peers? Results from a high school survey. *Child Psychiatry and Human Development*, 31, 249-265.
- López-Ibor, J. J., Pérez Urdaniz, A. y Rubio Larrosa, V. (1996). *International personality disorder examination*. Madrid: Meditor.
- Loranger, A. W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Loranger, A., Janca, A. y Sartorius, N. (1997). *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders: The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Loranger, A. W., Lenzenweger, M. F., Gartner, A. F., Susman, V. L., Herzig, J., Zammit, G. K.,... Young, R. C. (1991). Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 720–8.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, Pl., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M.,...Regier, D. A. (1994). The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration Internacional Pilot Study of Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215-224.
- Loxton, N. J. y Dawe, S. (2001). Alcohol Abuse and Dysfunctional Eating in Adolescent Girls: The Influence of Individual Differences in Sensitivity to Reward and Punishment. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 455-462. doi: 10.1002/eat.1042.
- Lowe, M. R. y Caputo, G. C. (1991). Binge eating in obesity: toward the specification of predictors. *The International Journal of Eating Disorders*, 10, 49-55. doi: 10.1002/1098-108X(199101)10:1<49::AID-EAT2260100106<3.0.CO;2-X.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M. y Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917-22. doi: 10.1176/ajp.148.7.917.
- Lung, F. W., Huang, Y. L., Shu, B. C. y Lee, F. Y. (2004). Parental rearing style, premorbid personality, mental health, and quality of life in chronic regional pain. A casual analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 206-212. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.02.009.
- Maganto Mateo, C. y Cruz Saez, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología de la PUCP*, 20(2), 197-223.
- Mancilla-Díaz, J. M., Franco-Paredes, K., Vazquez-Arévalo R., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayon, G. L. y Tellez-Giron, M. T. (2007). A two-stage epidemiologic

- study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review*, 15(6), 463-70. doi: 10.1002/erv.796.
- Mann, L. S., Wise, T. N. y Shay, L. (1992). Factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale: Elucidation of a Polythetic Construct. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 40-45.
- Maranon, I., Echeburua, E. y Grijalvo, J. (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control groups comparative study using the IPDE RID F-9033-2010. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 283-293.
- Martín Murcia, F. M., Motos, A. y Del Águila, E. (2001). Personalidad y trastornos del comportamiento alimentario: un estudio comparativo con el MCMI-II. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 2-28.
- Martínez-González, L., Fernández Villa, T., Molina de la Torre, A. J., Ayán Pérez, C., Bueno Cavanillas, A., Capelo Álvarez, R., Mateos Campos, R. y Martín Sánchez, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927-934.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Martínez-Sánchez, F., Sánchez, J. A., Castillo J. C., Gordillo del Valle, E. y Ortiz, B. (1996). Rasgos alexitímicos en pacientes de atención primaria. *Psiquis*, 17(1), 46-52.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Nagata, T. y Yamagami, S. (1998). Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 399-408. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199805)23:4<399::AID-EAT7>3.0.CO;2-D.
- May, A. L., Kim, J. Y., McHale, S. M. y Crouter, C. (2006). Parent-adolescent relationships and the development of weight concerns from early to late adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 729-740. doi: 10.1002/eat.20285.

- Mazure, C.M., Halmi, K.A., Sunday, S.R., Romano, S.J, y Einhorn, A.N. (1994). YaleBrown-Cornell Eating Disorder Scale: development, use, reliability and validity. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 425–445 doi: 10.1002/eat.22023.
- McCarthy, J. D. y Hoge, D. R. (1982). Analysis of age effect in longitudinal studies of adolescent self-esteem. *Developmental Psychology*, 18, 372-379. doi: 10.1037/0012-1649.18.3.372.
- McComb, J. J. R. y Clopton, J. R. (2003). The effects of movement, relaxation, and education on the stress levels of women with subclinical levels of bulimia. *Eating Behaviors*, 4, 79-88. doi: 10.1016/S1471-0153(02)00094-6.
- McElroy, S. L., Frye, M. A., Helleman, G., Altshuler, L., Leverich, G. S., Suppes, T.,... Post, R. M. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 128, 191–198. doi:10.1016/j.jad.2010.06.037.
- McElroy, S. L., Hudson, J. I., Pope, H. G., Keck, P. E. y Aizley, H. G. (1992). The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: Clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 318–327. doi: 10.1176/ajp.149.3.318.
- McElroy, S. L., Pope, H. G., Keck, P. E. y Hudson, J. I. (1995). Disorders of impulse control. En E. Hollander, & D. Stein (Eds.), *Impulsivity and aggression* (pp. 109–136). Chichester: UK7 Wiley.
- McEwen, C. y Flouri, E. (2009). Fathers’ parenting, adverse life events, and adolescents’ emotional and eating disorder symptoms: The role of emotion regulation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 206–216. doi: 10.1007/s00787-008-0719-3.
- Mchorney, C. A., Ware, J. E. y Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). II. Psychometric and Clinical test of validity in measuring physical and mental health construct. *Medical Care*, 3, 247-63.
- Mchorney, C. A., Ware, J. E., Lu, J. F. R. y Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item short-form Health Survey (SF-36). III. Test of data quality, scaling

- assumptions, and realibility accross diverse patient groups. *Medical Care*, 32, 40-66. doi: 10.1097/00005650-199401000-00004.
- McIntosh, V. M. M., Jordan, J., Carter, F. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M. y Bulik, C. M. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162, 741-747. doi: 10.1176/appi.ajp.162.4.741.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52, 938-946. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01475-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01475-0).
- Melero, R. y Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: Un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19, 83-100.
- Merino Madrid, H., Godas, A., & Pombo Carril, M. (2002). Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 35-44.
- Meyer, J. E. y Feldmann, H. (1965). *Anorexia Nervos: Symposium am 24/25*. Göttingen: Thieme Stuttgart.
- Millon, T. (1969/1976). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon T. (1990). *Toward a new personology: an evolutionary model*. New York, NY (US): Wiley-Interscience - Ediciones TEA.
- Millon, T. (1997a). *Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI III)*. 2nd ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. E. (1997b). *The Millon inventories: Clinical and personality assessment*. New York: Guilford Press.
- Millon, T. E. (1999a). Reflection on Psychosynergy: A model for integrating science, they, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessmen*, 72(3), 437-456.
- Millon, T. E. (1999b). *Inventario clínico multiaxial de Millon-II [MCM-II]. Manual*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.

- Millon, T. y Everly, G. S. (1985/1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. y Davis, R. (2000). *Personality disorders in modern life*. New York: Wiley.
- Millon, T., Davis, R. y Millon, C. (1997). MCMI-III Manual, 2ed. Minneapolis: National Computer Systems. *Psychology*, 50, 444-445.
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R. y Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessivecompulsive disorders and duration of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 284-9. doi: 10.1002/eat.10013.
- Mintz, L. B., O'halloran, M. S., Mulholland, A. M. y Schneider, P. A. (1997). Questionnaire for eating disorder diagnoses: reliability and validity of operationalizing DSMIV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 63- 79.
- Minuchin, S., Rosman, M. L. y Baker, L. (1978). *Psychomatic families, anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Miotto, P., Pollini, B., Restaneo, A., Favaretto, G. y Preti, A. (2008). Aggressiveness, anger and hostility in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 364-73. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.01.004.
- Mitcheel, J.E., y Mussell, M.P. (1995). Comorbidity and binge eating disorder. *Addictive Behaviors*, 20(6), 725-732. doi: 10.1016/0306-4603(95)00095-X.
- Modestin, J., Erni, T. y Oberson, B. (1998). A comparison of self-report and interview diagnoses of DSM-III-R personality disorders. *European Journal of Personality*, 12(6), 445-455. doi: 10.1002/(SICI)1099-0984(199811/12)12:6<445:: AID-PER339>3.0.CO;2-Q.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J. y Milne, B. J. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*, 40, 899-909. doi: 10.1017/S0033291709991036.

- Molina Ruiz, R. M. (2014). *Un estudio de neuroimagen en trastornos de la conducta alimentaria: análisis del procesamiento emocional en relación con los antecedentes traumáticos*. Tesis Doctoral. Comunidad de Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C. y Beaumont, P. J. V. (2005). Assessing quality of life in eating disorder patients. *Quality of Life Research*, 1, 171–178.
- Montaño, M., Palacios, J. y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad: Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2), 81-107.
- Moorhead, D. J., Stashwick, C. K., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Striegel-Moore, R. y Paradis, A. D. (2003). Child and adolescent predictors for eating disorders in a community population of young adult woman. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 1-9.
- Moral de la Rubia, J. y Retamales, R. (1999). Los sueños una nueva aproximación a la alexitimia. *Psiquis*, 20(2), 55-61.
- Morales, A., Gómez, A., Jiménez, B., Jiménez, F., León, G., Majano, A.,... Soto, C. (2015). Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 177-182. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015000335>.
- Moreno, S., Rodríguez-Ruiz, S., y Fernández-Santaella, M. C. (2009). *¿Qué es el ansia por la comida?* Madrid: Manuales Prácticos, Pirámide.
- Muñoz López, M., Roa Álvaro, A., Pérez Santos, E., Santos-Olmo Sánchez, A. B. y de Vicente Colomina, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Najmi, S. y Amir, N. (2010). The effect of attention training on a behavioral test of contamination fears in individuals with subclinical obsessive-compulsive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 119(1), 136-142.

- Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamazaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T.,...
Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a
geographically defined area in Japan. *The International Journal of Eating
Disorders*, 28(2), 173-80. doi: 10.1002/1098-108X(200009)28:2<173::AID-
EAT6>3.0.CO;2-I.
- Nanni, V., Uher, R. y Danese, A. (2012). Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable
Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *The
American Journal of Psychiatry*, 164(4), 141-151. doi:
10.1176/appi.ajp.2011.11020335.
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de Familia: conocer y resolver
los problemas entre padres e hijos*. Barcelona: Herder.
- Newton, J. R., Freeman, C. P. y Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia
nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta
Psychiatrica Scandinavica*, 87(6), 389-94. doi: 10.1111/j.1600-
0447.1993.tb03393.x.
- Nicholls, D. y Bryant-Waugh, R. (2009). Eating Disorders of Infancy and Childhood:
Definition, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and
Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 17 - 30.
doi:10.1016/j.chc.2008.07.008.
- Nielsen, S., Møller-Madsen, S., Isager, T., Jørgensen, J., Pagsberg, K. y Theander, S.
(1998). Standardized mortality in eating disorders a quantitative summary of
reviously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-
4), 413 - 434. doi:10.1016/S0022-3999(97)00267-5.
- Nöel, M. P. (1989). Escala de Alexitimia de Nöel. En A. Echebarría y D. Páez (Eds.)
Emociones: perspectivas psicosociales. Madrid: Fundamentos.
- Norman, D., Blais, M. A. y Herzog, D. (1993), Personality characteristics of eating
disordered patients identified by the Millon Clinical Multiaxial Inventory.
Journal of Personality Disorders, 7, 1-9.

- Ochoa de Alda, I., Espina, A. y Ortego, M. A. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y Salud*, 17, 151-70.
- Oliva, L., Gandarillas, A., Sonogo, M., Díez-Gañan, L. y Ordobás, M. (2012). Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, Comunidad de Madrid, 2011. Servicio de Epidemiología. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 18(8), 3-23.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V. y Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.
- Ortega-Roldán, B., Rodríguez, S., Moreno, S., Morandé, G. y Fernández, M. C. (2009). How do emotions govern the binge eating decision? En N. Chambers (Ed.), *Binge Eating: Psychological Factors, Symptoms, and Treatment*. New York: Novascience.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Fava, M., Uccello, R. y Rosenbaum, J. F. (1995). Elevated anxiety sensitivity index scores in patients with major depression: Correlates and changes with antidepressant treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 117-223. doi:10.1016/0887-6185(94)00035-2.
- Páez, D. y Casullo, M. M. (2000). *Cultura y alexitimia*. Barcelona: Paidós.
- Páez, D., Martínez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto. Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Pakier, T. (2003). *The relationship between parental bonding and disordered eating patterns in a non-clinical adolescent population*. Tesis Doctoral no publicada. Pace University.
- Pallister, E. y Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28, 366-386. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.001.

- Palmer, R., Christie, M., Cordle, C., Davis, D. y Kendrick, J. (1987). The clinical eating disorder rating instrument (CEDRI): A preliminary description. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 9-16. doi: 10.1002/1098-108X(198701)6:1<9::AID-EAT2260060103>3.0.CO;2-Z.
- Palmer, R., Oppenheimer, R. y Marshall, P. (1988). Eating-disordered patients remember their parents: A study using the Parental Bonding Instrument. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 101-106. doi: 10.1002/1098-108X(198801)7:1<101::AID-EAT2260070110>3.0.CO;2-8.
- Papadopoulos, F. C., Ekbom, A., Brandt, L. y Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 194(1), 10 -17. doi:10.1192/bjp.bp.108.054742.
- Paris, J. (2013). *The intelligent clinician's guide to DSM-5*. New York: Oxford University Press.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. C. y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247.
- Pattison, E. M. y Khan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872. doi: 10.1176/ajp.140.7.867.
- Patton, J. H., Stanford, M. S. y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-74. doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1
- Peat, C. M., Von Holle, A., Watson, H., Huang, L., Thornton, L. M., Zhang, B., Du, S., Kleiman, S. C. y Bulik, C. M. (2015). The Association Between Internet and Television Access and Disordered Eating in a Chinese Sample. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 663-669.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region

- of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681-690. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.12.010.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2008). Comparison of single- and double-stage designs in the prevalence estimation of eating disorders in community samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 542-50.
- Peláez-Fernández, M. A., Raich Escursell, R. M. y Labrador Encinas, F. J. (2010). Eating disorders in Spain: Revision of empirical epidemiological studies. *Mexican Journal of Eating Disorders*, 1, 62-75.
- Peñas-Lledó, E., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Soto, A. (2009). Subtyping eating disordered patients along drive for thinnes and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 767-73.
- Pérez, H., Cortés, J., Ortiz, S., Peña, J., Ruiz, J. y Díaz-Martínez, A. (1997). Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 20(3), 30-34.
- Pérez, M. y Warren, C. S. (2012). The relationship between quality of life, binge-eating disorder, and obesity status in an ethnically diverse sample. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 20, 879-885. doi:10.1038/oby.2011.89.
- Perkins, P. S., Slane, J. D. y Klump, K. L. (2013). Personality clusters and family relationships in women with disordered eating symptoms. *Eating Behaviors*, 14, 299-308. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.05.007.
- Perpiñá, C. (1989). Trastornos de la alimentación de causa psicológica. *Medicina Clínica*, 93, 418-420.
- Perpiñá, C. (1999). *Trastornos alimentarios. Anorexia y Bulimia Madrid: Clinic, Cursos de postgrado en psicopatología y Salud*. Madrid: UNED-FUE.
- Perpiñá, C. (2015). *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Perry, J. A., Silvera, D. H., Neilands, T. B., Rosenvinge, J. H. y Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating

- disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*, 9, 13–24. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.01.007.
- Peterson, C. B., Miller, K. B., Crow, S. J., Thuras, P. y Mitchell, J. E. (2005). Subtypes of binge eating disorder based on psychiatric history. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 273–6. doi: 10.1002/eat.20174.
- Peterson, C.B., Thuras, P., Ackarda, D.M., Mitchell, J. E., Berg, K., Sandager, N.,... Crow, S. A. (2010). Personality dimensions in bulimia nerviosa, binge eating disorder, and obesity. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 31-36. doi:10.1016/j.comppsy.2009.03.003.
- Peterson, R. A. y Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual (2nd ed.)*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Picot, A. K. y Lilefeld, L.R (2003). The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *The international Journal of Eating Disorders*, 34(1), 98-107. doi: 10.1002/eat.10173.
- Pike, K., Wilfey, D., Hubert, A. y Fairburn, C. (2006). Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Research*, 142, 19-29. doi: 10.1016/j.psychres.2005.10.006.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. y Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(7), 395-400.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H. y Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexia patients. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (5) 589-599.
- Plutchik, R. y Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuropsychopharmacology Biology and Psychiatry*, 13, 523-534.
- Pryor, T., Wiederman, M. W. y McGilley, B. (1996). Clinical correlates of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 19(4), 371-9.
- Pole, R., Waller, D., Stewart, S. y Parkin-Feigenbaum, L. (1988). Parental caring versus overprotection in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 601-

606. doi: 10.1002/1098-108X(198809)7:5<601::AID-EAT2260070503>3.0.CO;2-8.
- Pope, H. G., Champoux, R. F. y Hudson, J. I. (1978). Eating disorder and socioeconomic class. Anorexia nervosa and bulimia in nine communities. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 620-3.
- Powers, P. S., Coovert, D. L., Brightwell, D. R., y Stevens, B. A. (1988). Other psychiatric disorders among bulimic patients. *Comprehensive psychiatry*, 29(5), 503-508.
- Pratt, E., Telch, C., Labouvie, E., Wilson, G. y Agras, W. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 177-186. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2<177::AID-EAT1007>3.0.CO;2-X.
- Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R., Bruffaerts, R.,... Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatry Research*, 43, 1125–1132. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.003.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. y Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3, 133-44. doi: 10.1080/10640269508249156.
- Puccio, F., Fuller-Tyszkiewicz, M., Ong, D. y Krug, I. (2016). A Systematic Review and Meta-Analysis on the Longitudinal Relationship Between Eating Pathology and Depression. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5), 439-54. doi: 10.1002/eat.22506.
- Quiles Marcos, Y., Terol Cantero, M. C. y Quiles Sebastián, M. J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 313-333.
- Raich, R. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

- Ramklint, M., Jeansson, M., Holmgren, S. y Ghaderi, A. (2010). Assessing personality disorders in eating disordered patients using the SCID-II: Influence of measures and timing on prevalence rate. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 218-223. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.014>.
- Rastam, M. y Gillberg, C. (1992). Background factors in anorexia nervosa: A controlled study of 51 teenage cases including a population sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1, 54-65. doi:10.1007/BF02084434.
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Raymond, N.C., Mussell, M.P., Mitchell, J. E., de Zwaan, M. y Crosby, R.D. (1995). An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(2),135-143. doi:10.1002/1098-108X(199509)18:2<135::AID-EAT2260180205>3.0CO;2-M.
- Real Academia Española (2014): *Diccionario de la lengua española (23ª edición)*, Madrid: Espasa. Consultado el 11 de julio de 2016.
- Reas, D. L., Williamson, D. A., Martin, C. K. y Zucker, N. L. (2000). Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: a long-term follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 428-34. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(200005)27:4<428::AID-EAT7>3.0.CO;2-Y
- Reiss, S. (1991). The expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141–153. doi:10.1016/0272-7358(91)90092-9
- Reyes-Rodríguez, M. L., Von Holle, A., Ulman, T. F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Brandt, H.,... Bulik, C. M. (2011). Post traumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73(6), 491–497. doi: 10.1097/PSY.0b013e31822232bb.
- Rhodes, B. y Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 249-263. doi: 10.1007/BF00707667.

- Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Lapi, F., Mannucci, E., Rotella, C. M. y Faravelli, C. (2009). Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*, 53, 418–421. doi:10.1016/j.appet.2009.07.008.
- Richard, M., Casper, R. y Larson, R. (1990). Weight and eating concerns among pre- and young adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 203-209. doi:10.1016/0197-0070(90)90349-7.
- Ridout, N., Thom, C. y Wallis, D. J. (2010). Emotion recognition and alexithymia in females with non-clinical disordered eating. *Eating Behaviors*, 11, 1-5. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.07.008.
- Rieger, E., Wilfley, D. E., Stein, R. I., Marino, V. y Crow, S. J. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 234–240. doi:10.1002/eat.20101.
- Rivas, T., Bersabé, R. y Castro, S. (2001). Propiedades psicométricas del Cuestionario para el Diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Q-EDD). *Psicología Conductual. Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 9(2), 255-266.
- Robins, R. W., John, O. P., Caspi, A., Moffitt, T. E. y Stouthamer-Loeber, M. (1996). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: three replicable personality types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 157-171. doi:10.1037/0022-3514.70.1.157.
- Robinson, A. H. y Safer, D. L. (2012). Moderators of dialectical behavior therapy for binge eating disorder: results from a randomized controlled trial. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 597-602. doi: 10.1002/eat.20932.
- Rockert, W., Kaplan, A. S. y Olmsted, M. P. (2007). Eating disorder not otherwise specified: the view from a tertiary care treatment center. *International Journal of Eating Disorders*, 40(Suppl), S99-S103. doi: 10.1002/eat.20482.
- Rodrigo, G. y Lusiardo, M. (1992). Factor structure of the Spanish version of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 197-201.

- Rodrigo, G., Lusiardo, M. y Normey, L. (1989). Alexithymia: reliability and validity of the Spanish version of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51, 162-168. doi: 10.1159/000288151.
- Rodríguez, E., Lamborena, N., Errami, M., Rodríguez, A., Pereda, C., Vallejo, G. y Moreno, G. (2009). Relación del estatus migratorio y el apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 23 (Supl.1), 29-37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.005>.
- Rojó, L., Conesa, L., Bermudez, O. y Livianos, L. (2006). Influence of stress in the onset of eating disorders: data from a two-stage epidemiologic controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68(4), 628-35. doi: 10.1097/01.psy.0000227749.58726.41.
- Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, J. G. y Rossotto, E. (1999). Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 1-12. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-I.
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166. doi: 10.1016/S1077-7229(05)80008-2.
- Rosen, J. C. y Ramírez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder o body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 441-449. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00269-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00269-9).
- Rosen, J. C., Jones, A., Ramirez, E. y Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 315-319. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3<315::AID-EAT11>3.0.CO;2-Z.
- Rosen, J. C., Salzberg, E., Srebnik, D. y Went, S. (1990). Development of Body Image Avoidance Questionnaire. Documento no publicado.
- Rosen, J., Compás, B. y Tacy, B. (1993). The relation among stress, psychological symptoms, and eating disorder symptoms: A prospective analysis. *International*

- Journal of Eating Disorders*, 14, 153-62. doi: 10.1002/1098-108X(199309)14:23.0.CO;2-3.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenvinge, J. y Mouland, S. (1990). Outcome and prognosis of anorexia nervosa. A retrospective study of 41 subjects. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 92-8.
- Rosval, L., Steiger, H., Bruce, K., Israël, M., Richardson, J. y Aubut, M. (2006). Impulsivity in Women With Eating Disorders: Problem of Response Inhibition, Planning, or Attention? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 590-593. doi: 10.1002/eat.20296.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Martínez, M. L., Álvarez, S. y Marín, J. J. (1998). Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61, 223-232.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2013). Epidemiology of eating behavior disorders in Spain. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(2), 85-94.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448. doi: 10.1017/S0033291700031974.
- Russell, J., Kopec-Schrader E., Rey, E. y Beumont, P. (1992). Parental bonding instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 236-239. doi: 10.1111/j.1600-0447.1992.tb03259.x.
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P. y Koivisto, A. M. (2005). Are there differences in the attitudinal body image between adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa? *Eating and Weight Disorders*, 10(2), 98-106.
- Saddichha, S. y Schuetz, C. (2014). Impulsivity in remitted depression: A metaanalytical review. *Asian Journal of Psychiatry*, 9, 13-16. doi: 10.1016/j.ajp.2014.02.003.
- Sal y Rosas, H. J., Vega-Dienstmaier, J., Mazzotti, G., Vidal, H., Guimas, B., Adrianzén, C. y Vivar, R. (2002). Validación de una versión en español de la

- Escala Yale - Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 30-5.
- Sala, R., Goldstein, B. I., Wang, S. y Blanco, C. (2014). Childhood maltreatment and the course of bipolar disorders among adults: Epidemiologic evidence of doseresponse effects. *Journal of Affective Disorders*, 165, 74-80. doi: 10.1016/j.jad.2014.04.035.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En M. Pérez-Álvarez, C. Fernández-Rodríguez, I. Amigo-Vázquez y J. R. Fernández-Hermida (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces, Vol. 1* (pp. 141-60). España: Ediciones Pirámide.
- Saldaña, C., Tomás, I. y Bach, L. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos alimentarios. *Ansiedad y Estrés*, 3, 319-337.
- Salgueiro, M. C. y Kirszman, D. (2012). Intervención multinivel en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 161-171.
- Sallet, P. C., de Alvarenga, P. G., Ferrao, Y., de Mathis, M. A., Torres, A. R., Marques, A.,... Fleitlich-Bilyk, B. (2010). Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 315–325. doi:10.1002/eat. 20697.
- San Sebastián, J. (1999). Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. El tema. *Estudios de Juventud*, 47/99, 17-22.
- Sánchez Guarnido, A. J. (2013). *La personalidad y el autoconcepto en los trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis doctoral. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.
- Sánchez-Carracedo, D., Raich, R. M., Figueras Piqueras, M., Torras Clarasó, J. y Mora Giral, M. (1999). Adaptación preliminar del cuestionario de alimentación de

- Stunkard y Messick (three factor eating questionnaire, TFEQ) con una muestra española universitaria. *Psicología Conductual*, 7(3), 393-416.
- Sandín, B. (1993). Estrés y salud: Factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J. Buendía (Ed.), *Estrés y psicopatología* (pp. 148-180). Madrid: Pirámide.
- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R. J. (1996). Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 283-290.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A., y Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 19-33. doi: 10.5944/rppc.vol.9.num.1.2004.3965.
- Sandín, B., Chorot, P., y McNally, R. J. (2001). Anxiety sensitivity index: Normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 39, 213-219. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00009-7.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., y Santed, M. A. (2005). Propiedades psicométricas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. *Psicothema*, 17, 478-483.
- Sansone, R. A. y Sansone, L. A. (2011). Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(3), 14-18.
- Sanz Fernández, J., Vázquez, C., Navarro, M. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-88.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (1996). *Psicología anormal*. México: Prentice-Hall.
- Saucedo, T. y Cantú, N. (2000). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Influencia sociocultural en púberes de ambos sexos. *Sociedad Mexicana de Psicología*, 9, 128-33.

- Sawaoka, T., Barnes, R. D., Blomquist, K. K., Masheb, R. M. y Grilo, C. M. (2012). Social anxiety and self-consciousness in binge eating disorder: associations with eating disorder psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 740–745. doi:10.1016/j.comppsy.2011.10.003.
- Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S. y Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder - a systematic review. *Obesity Review*, 14(6), 477–495. doi:10.1111/obr.12017.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R. y Jackson, R. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 355–364. doi: 10.1037//0021-843X.106.3.355.
- Schmidt, U., Jiwany, A. y Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90036-4](http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X(93)90036-4).
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B. y Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating onset of eating disorders? *Psychological Medicine*, 27, 523-30. doi: 10.1017/S0033291796004369.
- Schmidt, U. y Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *The British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-366.
- Schnitzler, C. E., Von Ranson, K. M. y Wallace, L. M. (2012). Adding thin-ideal internalization and impulsiveness to the cognitive-behavioral model of bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, 13(3), 219-225. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.02.007.
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A. y Howard, L. J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 675-81. doi: 10.1037/0021-843X.101.4.675.
- Selvini-Pallazoli, M. (1996). *From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New Jersey: Jason Aronson Inc. Northvale.

- Selye, H. (1954). *Stress*. Barcelona: Científico Médica. (Publicación original: 1950).
- Serrano, G. L. (2008). *Estudio nacional de salud mental en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Shahani, C., Dipboye, R. L. y Philips, A. P. (1990). Global Self-Esteem as a Correlate of Work-Related Attitudes: A Question of Dimensionality. *Journal of Personality Assessment*, 54, 276-288. doi: 10.1207/s15327752jpa5401&2_26.
- Shapiro, J. R., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., Lohr, K. N. y Bulik, C. M. (2007). Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 321-36. doi: 10.1002/eat.20372.
- Sharma, S. (1998). *Applied Multivariate Techniques*. Nueva York: John Wiley&Sons.
- Shea, M. T., Widiger, T. A. y Klein, M. H. (1992). Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. *Journal os Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 857-68.
- Sherbourne, C. D. y Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705-14.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S. y Wood, D. L. (2011). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. doi: 10.1542/peds.2011-2663.
- Silber, E. y Tippet, J. (1965). Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071. doi: 10.2466/pr0.1965.16.3c.1017.
- Silberg, J. y Bulik, C. (2005). The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12), 1317-26. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01427.x.
- Silverman, JA. (1995). History of anorexia nervosa. En K. D. Brownel y C. H. Fairburn. (eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 141-150). New York: The Guilford Press.

- Silvestone, P. H. (1992). Is Chronic low self-esteem the cause of eating disorder? *Medical Hypotheses*, 39, 311-315. doi: 10.1016/0306-9877(92)90054-G.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Kellman, H. D., Doidge, N. y Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 403–16.
- Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-79. doi: 10.1111/j.2044-8260.1982.tb00549.x.
- Sloan, D. M., Mizes, J. S. y Epstein, E. M. (2005). Empirical classification of eating disorders. *Eating Behaviors*, 6, 53–62. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143111.
- Smith, M.C. y Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872. doi: 10.1037/0022-006X.52.5.863.
- Smolak, L. y Striegel-Moore, R. H. (2001). Challenging the myth of the golden girl. En R. H. Striegel-Moore y L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp.111-132). Washington, D. C: American Psychological Association.
- Sohlberg, S. S., Norring, C. y Rosmark, B. E. (1992). Prediction of the course of anorexia nervosa/bulimia nervosa over three years. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 121-131. doi: 10.1002/1098-108X(199209)12:2<121::AID-EAT2260120202>3.0.CO;2-Y.
- Sohlberg, S. y Strober, M. (1994). Personality in Anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl 378: 1-15.
- Solano, N. y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, 24(3), 384-389.
- Specker, S., de Zwaan, M., Raymond, N. y Mitchell, J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35(3), 185-190. doi:10.1016/0010-440X(94)90190-2.

- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J. y Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365-371. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.03.008.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo, STAI*. Madrid. TEA Ediciones.
- Spindler, A. y Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors*, 8, 364-373. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.11.012.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B., de Gruy, F. V., Brody, D. y Davies, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 274(19), 1511-1517.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Gibbon, M. (1987). *The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders*. New York: Biometric Research, New York State Psychiatric Institute.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A.,... Home, R. L. (1993). Binge eating disorders: Its further validation in a multisite study. *International Journal of eating Disorders*, 13, 137-153. doi: 10.1002/1098-108x(199303).
- Srinivasagam, N., Kaye, W., Plotnicov, K., Greenog, C., Weltzin, T. y Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia-nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1630-1634. doi: 10.1176/ajp.152.11.1630.
- Steiger, H. y Stotland, S. (1996). Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: Long-term responses on eating and Psychiatric symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 149-161. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<149::AID-EAT5>3.0.CO;2-G.

- Steiger, H. y Zanko, M. (1990). Sexual traumata among eating disordered psychiatric and normal female groups. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 74–86. doi: 10.1177/088626090005001006.
- Steiger, H., Van der Freen, J., Goldstein, C. y Leicher, P. (1989). Defence styles and parent bonding in eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 131-140. doi: 10.1002/1098-108X(198903)8:2<131::AID-EAT2260080202>3.0.CO;2-K.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293. doi: 10.1176/appi.ajp.159.8.1284.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 124–135. doi: 10.1037//0021-843X.110.1.124.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825–848. doi: 10.1037//0033-2909.128.5.825.
- Stice, E. y Agras, W. S. (1999). Subtyping bulimic women along dietary restraint and negative affect dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 460–469.
- Stice, E., Marti, C. N. y Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 445–457. doi: 10.1037/a0030679.
- Stice, E., Nemeroff, C. y Shaw, H. E. (1996). Test of the Dual Pathway Model of Bulimia Nervosa: Evidence for Dietary Restraint and Affect Regulation Mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(3), 340-363. doi:10.1521/jscp.1996.15.3.340.
- Stice, E., Schupakneuberg, E., Shaw, H. y Stein, R. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology - an examination of mediating mechanisms.

- Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 836-840. doi:10.1037/0021-843X.103.4.836.
- Stone, M. H. (1987). A psychodynamic approach: Some thoughts on the dynamics and therapy of self-mutilating borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 1, 347-349. doi: 10.1521/pedi.1987.1.4.347.
- Striegel-Moore, R. H., Garvin, V., Dohm, F. A. y Rosenheck, R. A. (1999). Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans. *International Journal of Eating Disorders* 25, 399-404.
- Strigelmoore, R., Silberstein, L., Frensch, P. y Rodin, J. (1989). A prospective-study of disordered eating among college-students. *International Journal of Eating Disorders*, 8(5), 499-509. doi:10.1002/1098-108X(198909)8:5<499::AIDEAT260080502>3.0.CO;2-A.
- Striegel-Moore, R.H., Wilson, G.T., Wilfley, D.E., Elder, K.A., y Brownell, K.D. (1998). Binge eating in an obese community sample. *The International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 27-37. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199801)23:1<27::AID-EAT4>3.0.CO;2-3.
- Strober, M. (1983). An empirical derived typology of anorexia nervosa. En P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner y D. V. Coscina (Eds.), *Anorexia nevosa: Recent developments in research* (pp. 185-198). New York: Alan R. Liss.
- Strober, M. (1984). Stressful life events associated with bulimia in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 3-16. doi: 10.1002/1098-108X(198424)3:2<3::AID-EAT2260030203>3.0.CO;2-6.
- Strober, M. y Katz, J. (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 171-80. doi: 10.1002/1098-108X(198703)6:2<171::AID-EAT2260060202>3.0.CO;2-I.
- Strober, M., Freeman, R. y Morrel, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival análisis of recovery, repalse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *The International Journal of*

Eating Disorders, 22, 339-360. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199712)22:43.0.CO;2-N.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C. y Diamond, J. (2007). The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: Evidence from a family study with discussion of nosological and neurological evidence. *International Journal of Eating Disorders*, 40(Suppl.), 46–51. doi: 10.1002/eat.20429.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, C. y Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial phenotypes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393–401. doi: 10.1176/appi.ajp.157.3.393.

Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J. y Jacobs, C. (1990). A controlled family study in anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239-53. doi: 10.1002/1098-108X(199005)9:3<239::AID-EAT226009 0302>3.0.CO;2-7

Stunkard, A. J. (1958). *The management of obesity*. New York Journal of Medicine, 58, 79-87.

Subica, A. M. (2013). Psychiatric and physical sequelae of childhood physical and sexual abuse and forced sexual trauma among individuals with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 588-596. doi: 10.1002/jts.21845.

Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Carter, F. A., Gendall, K. A. y Joyce, P. R. (1996). The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 253–261. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3< 253::AID- EAT4>3.0.CO;2-N.

Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grierson, D.,... Taylor, L. (2010). The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review*, 18, 22–32. doi: 10.1002/erv.967.

- Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D., Swendsen, J. y Merikangas, K. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68, 714–723. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22.
- Swift, W. J., Andrews, D. y Barklage, N. E. (1986). The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 143, 290-9. doi: 10.1176/ajp.143.3.290.
- Swinbourne, J. M. y Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review Journal*, 15(4), 253-74. doi: 10.1002/erv.784.
- Swinbourne, J. M., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T. y Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 118–131. doi: 10.1177/0004867411432071.
- Takahashi, S. (1994). A study on appraisals of parental rearing attitude in eating disorders as measured by Parental Bonding Instrument (PBI). *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*, 23, 1035–1046.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. y Parker, J. D. A. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale Some Reliability, Validity and Normative Data. *Psychotherapy and Psychosomatics* 57, 34-41. doi: 10.1159/000288571.
- Taylor, G. J., Bagby, R.M., Ryan, D.P.A., Doody, K.F. y Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 25, 500-509.
- Taylor, S., Koch, W.J., Woody, S. y McLean, P. (1996). Anxiety sensitivity and depression: how are they related? *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 474-479.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M. y Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating

- disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568. doi: 10.1016/S0022-3999(96)00224-3.
- Tchanturia, K., Davies, H. y Campbell, I. C. (2007). Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Annals of General Psychiatry*, 6(14). DOI: 10.1186/1744-859X-6-14.
- Teicher, M. H. y Smamson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114-1133. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070957.
- Thabrew, H., de Sylva, S. y Romans, S. E. (2012). Evaluating childhood adversity. *Advances in psychosomatic medicine*, 32, 35-57. doi: 10.1159/000330002.
- Thaw, J. M., Williamson, D. A. y Martin, C. K. (2001). Impact of altering DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa on the base rates of eating disorder diagnoses. *Eating and Weight Disorders*, 6, 121-129.
- Thompson, J. K. (1990). *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Thompson-Brenner, H. y Westen, D. (2005). Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal of Psychiatry*, 186, 516-524. doi:10.1192/bjp.186.6.516.
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D. J., Vashchenko, M., Kass, A. E. y Herzog, D. B. (2008). A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 551-560. doi:10.1016/j.comppsy.2008.04.002.
- Thornton, C. y Russell, J. (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 83-87. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<83::AID-EAT10>3.0.CO;2-P.
- Thornton, L. M., Dellava, J. E., Root, T. L., Lichtenstein, P. y Bulik, C. M. (2011). Anorexia nervosa and generalized anxiety disorder: Further explorations of the

- relation between anxiety and body mass index. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 727–730. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.03.010.
- Tibon, S. y Rotschild, L. (2009). Dissociative states in eating disorders: an empirical Rorschach study. *Psychoanalytic Psychology*, 26, 69-82. doi: 10.1037/a0014675.
- Tice, D. M., Batslavsky, E. y Baumeiser, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control. If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 53–67. doi: 10.1037/0022-3514.80.1.53.
- Tiller, J. M., Sloane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M. y Treasure, J. L. (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 31-38. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<31::AID-EAT4>3.0.CO;2-4.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Toro, J. (2008). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Toro, J. y Vilardel, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in the anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147– 151. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x.
- Tozzi, F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A. y Kaplan, A. S. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 732-40. doi: 10.1176/appi.ajp.162.4.732.
- Treasure, J., Claudina, A. M. y Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583-93.
- Troop, N. A., Holbrey, A. y Treasure, J. L. (1998). Stress, coping and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 157-166. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199809)24:2<157::AID-EAT5>3.0.CO;2-D.

- Truglia, E., Mannucci, E., Lassi, S., Rotella, C. M., Faravelli, C. y Ricca, V. (2006). Aggressiveness, anger and eating disorders: a review. *Psychopathology*, 39, 55-68. doi: 10.1159/000090594.
- Turner, H. M. y Bryant-Waugh, R. (2004). Eating disorder not otherwise specified (EDNOS): Profiles of clients presenting at a community eating disorder service. *European Eating Disorders Review*, 12, 18–26. doi: 10.1002/erv.552.
- Turner, H., Bryant-Waugh, R. y Peveler, R. (2010). A new approach to clustering eating disorder patients: Assessing external validity and comparisons with DSM-IV diagnoses. *Eating Behaviors*, 11, 99-106. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.10.005.
- Tyrka, A., Waldron, I., Graber, J. y Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 282-290. doi:10.1002/eat.10094.
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de Salud Mental en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 307-319.
- Vaal, J. (1975). The Rathus Assertiveness Schedule: reliability at the junior high school level. *Behavior Therapy*, 6, 566-567.
- Vallejo Zapata, V. J., Villada Zapata, J. y Zambrano Cruz, R. (2007). *Estandarización de la prueba Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument) en la población universitaria de Medellín*. Trabajo de grado de psicología. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Van Hanswijck de Jonge, P., Van Furth, E. F., Lacey, J. H. y Waller, G. (2003). The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 33(7), 1311-1317. doi:10.1017/S003316170337505.
- Van Son, G. E., Van Hoeken, D., Bartelds, A. I. M., Van Furth, E. F. y Hoek, H. W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. *The International Journal of Eating Disorders*, 39, 565–569. doi: 10.1002/eat.20316.

- Vandereycken, W. (1987). Are anorexia nervosa and bulimia variants of affective disorder. *Acta Psychiatrica Belgica*, 87, 267-280.
- Vanderlinden, J. (2008). Many roads lead to Rome: why does cognitive behavioural therapy remain unsuccessful for many eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*, 16, 329-333. doi: 10.1002/erv.889.
- Varela-Casal, P., Maldonado, M. J. y Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 12-9 19.
- Vaz Leal, F. J., Peñas Lledó, E. M., Guisado Macías, J. A., Ramos Fuentes, M. I. y López-Ibor Aliño, J. J. (2001). Psychopathology of bulimia nervosa: a multidimensional model. *Actas españolas de Psiquiatría*, 29(6), 374-9.
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Vázquez, C., Ring, J. y Avia, M.D. (1990). Trastornos de la personalidad. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (dirs.), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991,septiembre). *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck*. Comunicación presentada en III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Velasco, C., y Páez, D. (1996). Alexitimia, comunicación emocional y problemas psicosomáticos. *Boletín de Psicología*, 52, 25-46.

- Vervaeke, M., van Heeringen, C. y Audenaert, K. (2004). Personality-related characteristics in restricting versus bingeing and purging eating disordered patients. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 37–43. doi:10.1016/j.comppsy.2003.09.008.
- Vidovic, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M. y Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28. doi: 10.1002/erv.615.
- Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F. y Tous, J. (2008). The relationships between functional and dysfunctional impulsivity and aggression across different samples. *Spanish Journal of Psychology*, 11, 480-7. doi: 10.1017/S1138741600004480.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M.,...Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. doi: 10.1157/13074369.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Pérez, B., Sánchez, M. y Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de psicología*, 23(2), 245-252.
- Vitousek, K. B. y Ewald, L. S. (1993). Self-representation in eating disorders: A cognitive perspective. En Z. V. Segal y S. J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (pp. 219-257). Nueva York: Guilford Press.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-147.
- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N. C., Frank, G. K., Bailer, U. F., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D. y Kaye, W. H. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 276-284. doi: 10.1002/eat.20251.
- Waller, G. (1991). Sexual abuse as a factor in the eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 159, 664–671. doi: 10.1192/bjp.159.5.664.

- Waller, G. (2008). A „trans-transdiagnostic“ model of the eating disorders: A new way to open the egg? *European Eating Disorders Review*, 16, 165–172. doi: 10.1002/erv.869.
- Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V. y Russell, K. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for the eating disorders: A comprehensive treatment guide*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Waller, G., Mountford, V., Lawson, R., Gray, E., Cordery, H. y Hinrichsen, H. (2010). *Beating your eating disorder: A cognitive behavioral self-help guide for adult sufferers and their carers*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Waller, G., Ormonde, L. y Kuteyi, Y. (2012). Clusters of Personality Disorders Cognitions in the Eating Disorders. *Eating Disorders Review*, 21, 28-31. doi: 10.1002/erv.2209.
- Waller, J. V., Kaufman, M. R. y Deutsch, F. (1940). Anorexia nervosa: psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2, 3-16.
- Ward, A., Ramsay, R. y Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51. doi: 10.1348/000711200160282.
- Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 408–425. doi: 10.1002/erv.952.
- Welch, S. y Fairburn, C. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychological Medicine*, 27, 515-22.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333–371.
- Westen, D. y Harnden-Fischer J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 547–562. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.547.
- Widiger, T. (1999), Millon’s Dimensional Polarities. *Journal of Personality Assessment*, 72(2), 365-389.

- Wiederman, M. W. y Pryor, T. (1996). Substance use among women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 163-8. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<163::AID-EAT6>3.0.CO;2-E.
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Crosby, R. D., Ringham, R. M., Dapelo, M. M., Gaskill, J. A. y Forbush, K. T. (2011). The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 665-674. doi: 10.1037/a0024597.
- Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Dounchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R. y Ball, S. A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 641-9. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.641.
- Williams, G. J., Power, K. G., Millar, H. R., Freeman, C. P., Yellowless, A., Dowds, T.,... Jackson, M. A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 27-32. doi: 10.1002/1098-108X(199307)14:13.0.CO;2-F.
- Williams, G., Chamove, A. y Millar, H. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 327-325. doi: 10.1111/j.2044-8260.1990.tb00889.x.
- Williamson, D. A. (1990). *Assessment of eating disorders*. New York. Pergamon Press.
- Williamson, D. A., Gleaves, D. H. y Stewart, T. M. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders: an examination of the evidence. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 1-10.
- Willmuth, M., Leitenberg, H., Rosen, J. y Cado, S. (1988). A comparison of purging and nonpurging normal weight bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7(6), 825-835. doi: 10.1002/1098-108X(198811)7:6<825::AID-EAT2260070614> 3.0.CO;2-U.
- Wilson, G. T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-65. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.199.

- Wilson, G. T. y Sysko, R. (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 603-10. doi: 10.1002/eat.20726.
- Wiseman, C. V., Sunday, S. R., Halligan, P., Korn, S., Brown, C. y Halmi, K. A. (1999). Substance dependence and eating disorders: impact of sequence on comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 40(5), 332-6.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T., Jolic, Z., Dansky, B. y Abbott, D. W. (1997). Relationship between childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1107– 1115. doi: 10.1097/00004583-199708000-00018.
- Wonderlich, S. A., Fullerton, D., Swift, W. J. y Klein, M. H. (1994). Five-year outcome from eating disorders: relevance of personality disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 15(3), 233–43.
- Wonderlich, S. A., Joiner, T. E. Jr., Keel, P. K., Williamson, D. A. y Crosby, R. D. (2007). Eating disorder diagnoses: Empirical approaches to classification. *American Psychologist*, 62(3), 167–180. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.167.
- Wonderlich, S. A. y Swift, W. J. (1990). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders: clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 629-638.
- Wonderlich, S. A. y Swift, W. J. (1990). Perceptions of parental relationships in the eating disorders: the relevance of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(4), 353– 60.
- Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnick, H. B. y Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616. doi: 10.1002/1098-108X(199011)9:6<607::AID-EAT2260090603>3.0.CO;2-0.
- Wonderlich, S. y Mitchell, J. (1992). The comorbidity of personality disorders in the eating disorders. En Yager (Ed.), *Special problems in managing eating disorders* (pp. 51-86). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

- Wonderlich, S., Crosby, R., Joiner, T., Peterson, C., Bardone-Cone, A., Klein, M.,... Vrshek, S. (2005). Personality subtyping and bulimia nervosa: psychopathological and genetic correlates RID A-2649-2011. *Psychological Medicine*, 35(5), 649-657. doi:10.1017/S0033291704004234.
- Wonderlich, S., Crosby, R., Mitchell, J. y Engel S. (2007). Testing the Validity of Eating Disorder Diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (Supl.), 40–45. doi: 10.1002/eat.
- Yackobovitch-Gavan, M., Golan, M., Valevski, A., Kreitler, S., Bachar, E., Lieblich, A.,... Stein, D. (2009). An integrative quantitative model of factors influencing the course of anorexia nervosa over time. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 306–317. doi: 10.1002/eat.20624.
- Yager, J., J. Landsverk, J., Edelstein, C. K. y Hyler, S. E. (1989). Screening for Axis II personality disorders in women with bulimic eating disorders. *Psychosomatics*, 30(3), 255-62.
- Yamaguchi, N. (1999). Relationship between parenting and severity in eating disorder: measured by the Parental Bonding Instrument. *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*, 28, 1119–1126.
- Zalar, B., Weber, U. y Sernec, K. (2011). Aggression and impulsivity with impulsive behaviours in patients with purgative anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatria Danubina*, 23(1), 27–33.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Pope, H. G., Hudson, J. I., Yurgelun-Todd, D. y Cicchetti, C. J. (1990). Axis II comorbidity of normal-weight bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 31(1), 20–24. doi:10.1016/0010-440X(90)90050-3.
- Zhang, J., Ling, H. y Zhou, F. (2008). Correlation study between symptomatic level of personality disorders and parental rearing behavior of college students. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 22, 165-171.

ANEXO:

**Consentimiento informado
y**

protocolo de evaluación

En el Dispositivo de Interconsulta y Enlace del **Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Guadalajara** se está realizando una investigación sobre la influencia de variables clínicas en los Trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria generan gran sufrimiento en quién los sufre y su entorno. Es importante estudiar la repercusión de las variables clínicas en estos pacientes.

Para ello, le pedimos si puede rellenar unos cuestionarios (MCMI-III, EDI-2 BDI, STAI, EAR, RAS, TAS-20, PBI, AQ, EI, NHP, DUFSS, ASI-3) en un tiempo de hora y media aproximadamente, que le pasará la residente de psicología clínica (Alicia Pérez Rodríguez) del Hospital de Guadalajara, investigadora principal del estudio.

Los datos serán utilizados siguiendo la normativa vigente con el seguimiento de los principios contenidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De modo que a cada paciente se le asignará un número, y dicho número nunca estará en la misma base de datos en la que se encuentre la información recogida.

Se garantiza la confidencialidad y anonimato en la utilización de los datos aportados. Solamente la Psicológica Clínica (Victoria de Felipe García-Bardón) responsable de los casos evaluados y la investigadora principal del estudio (Alicia Pérez) tendrán acceso directo a los datos individualizados de los pacientes. El resto de manipulaciones de los datos se harán sin ningún identificador del paciente y los datos serán tratados de forma global.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Yo:.....

con DNI:

-He recibido información sobre el estudio y su funcionalidad.

-He podido hacer preguntas sobre el estudio

-Comprendo que mi participación es voluntaria

-Comprendo que puedo retirarme del estudio

1. cuando quiera
2. sin tener que dar explicaciones
3. sin que esto repercuta en mi atención sanitaria.

Por lo que presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Señalar si se desea que los datos recogidos sean incorporados a su historia clínica una vez se finalice la investigación. ()

Fecha:.....

Firma del participante:

Firma del Investigador

Alicia Pérez Rodríguez

Psicóloga Interna Residente

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Número de identificación:

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha inicio tratamiento: _____

➤ VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

Sexo: (1) Hombre (2) Mujer

Hijos:

Residencia: (1) Urbano (2) Rural

Lugar de Origen:

Estado Civil: (1) Soltero (2) Casado (3) Divorciado (4) Separado (5) Viudo

Nivel Educativo:

(1) No sabe leer ni escribir

(5) F.P. de 1º Grado

(2) Estudios primarios

(6) F.P. de 2º Grado

(3) E.G.B.

(7) Titulado de Grado Medio

(4) B.U.P. Bachiller Superior

(8) Titulado de Grado Superior

Traslados: (0) No (1) Sí

Número de Traslados:

Tipo de traslado: (0) Nacional (1) Internacional

Profesión:

(1) Ama de casa

(6) Trabajador cualificado

(2) Profesión liberal

(7) Trabajador no cualificado

(3) Empresario Autónomo

(8) Estudiante

(4) Funcionario / empleado directivo

(9) Sin profesión

(5) Funcionario / empleado no directivo

Situación laboral:

(1) Activo

(5) Prejubilado

(2) I.L. Transitoria

(6) Jubilado

(3) I.L. Permanente

(7) I.L. Absoluta

(4) I.L. Total

(8) Paro

Litigio: (0) No (1) Sí

Uso de Internet: (0) No (1) Sí

Número de horas:

Familiar: _____

Apoyo social percibido: Familiar más cercano →



VARIABLES CLÍNICAS:

Descripción del problema:

- | | | |
|----|---|---------------|
| 4. | Pérdida de peso significativa..... | (0) No (1) Sí |
| 5. | Aumento de peso significativo | (0) No (1) Sí |
| 6. | Me mantengo más o menos en un peso normal | (0) No (1) Sí |
| 7. | Vómitos tras la ingesta..... | (0) No (1) Sí |

7.2.1. Frecuencia:

- | | | |
|-----|--|---------------|
| 8. | Uso de laxantes o / y diuréticos | (0) No (1) Sí |
| 9. | Ejercicio físico excesivo como compensación..... | (0) No (1) Sí |
| 10. | Atracones | (0) No (1) Sí |

10.2.1. Frecuencia:

- | | | |
|-----|---|---------------|
| 11. | Insatisfacción con la imagen corporal | (0) No (1) Sí |
| 12. | Me veo gorda y los demás me ven delgada | (0) No (1) Sí |
| 13. | No me veo gorda y los demás dicen que tengo sobrepeso | (0) No (1) Sí |
| 14. | Tengo alteraciones en la menstruación | (0) No (1) Sí |
| 15. | Tengo prohibidos alimentos muy calóricos | (0) No (1) Sí |

Dx TCA:

Subtipo:

¿Ha recibido tto psiquiátrico previo? (0) No (1) Sí ¿Durante cuánto tiempo (meses)?

¿Ha recibido tto psicológico antes? (0) No (1) Sí ¿Durante cuánto tiempo (meses)?

En caso afirmativo, **tipo:** (1) Individual (2) Grupal (3) Ambas

Tratamiento farmacológico actual:

() antidepresivos () ansiolíticos () neurolépticos () estabilizadores () ninguno () otros:

() antiinflamatorios () analgésicos

Tiempo inicio de los síntomas:

Tiempo del dx de TCA:

Desencadenantes? _____

Psicopatología: (0) No (1) Sí Dx principal eje I: Dx secundario eje II:

(1) Depresión mayor (2) Distimia/depre neurótica (3) Tr. Ansioso-depresivo (4) Tr. Por crisis de angustia
(5) TAG (6) Tr. Adaptativo (7) TEPT (8) TOC (9) TCA (10) Tr. Somatomorfo (hipocondriasis...)
(11) Fobia Social (12) Dependencia / abuso sustancias (13) Tr. Bipolar (14) Intento autolítico
(15) Tr. Ansioso-depresivo secundario a enfer. (16) Distimia+depresión (17) 2 ó más

Rasgos disfuncionales de personalidad (0) No (1) Sí

Antecedentes familiares de TCA: (0) No (1) Sí

➤ **VARIABLES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES:**

AVE infancia / adolescencia: (0) No (1) Sí **Tipo:**

Maltrato: (0) No (1) Físico (2) Psíquico (3) Físico y psíquico

Abuso: (0) No (1) Sin penetración (2) Con penetración (3) Otro tipo de abuso sexual sin contacto físico

AVE vida adulta: (0) No (1) Sí **Tipo:**

AVE año previo al inicio de los síntomas: (0) No (1) Sí **Tipo:**

AVE en la actualidad: (0) No (1) Sí **Tipo:**

VALORACIÓN DE MALTRATO:

	INFANCIA-ADOLESCENCIA	EDAD ADULTA	AÑO PREVIO
Maltrato físico (golpes, patadas...)			
Explotación laboral			
Maltrato emocional (insultos)			
Negligencia/omisión de cuidados			
Abuso sexual sin contacto			
Abuso sexual con contacto			

EDI-2. CUESTIONARIO

Identificador _____ Fecha _____

Instrucciones: Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimiento o actitudes que experimentas.

0	1	2	3	4	5
NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme	1 2 3 4 5
2. Creo que mi estómago es demasiado grande	1 2 3 4 5
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro	1 2 3 4 5
4. Suelo comer cuando estoy disgustado	1 2 3 4 5
5. Suelo hartarme de comida	1 2 3 4 5
6. Me gustaría ser más joven	1 2 3 4 5
7. Pienso en ponerme a dieta	1 2 3 4 5
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	1 2 3 4 5
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	1 2 3 4 5
10. Me considero una persona poco eficaz	1 2 3 4 5
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso	1 2 3 4 5
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	1 2 3 4 5
13. En mi familia solo se consideran suficientemente buenos los resultados Sobresalientes	1 2 3 4 5
14. La infancia es la época más feliz de la vida	1 2 3 4 5
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos	1 2 3 4 5
16. Me aterroriza la idea de engordar	1 2 3 4 5
17. Confío en los demás	1 2 3 4 5
18. Me siento solo en el mundo	1 2 3 4 5
19. Me siento satisfecho con mi figura	1 2 3 4 5
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	1 2 3 4 5
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones	1 2 3 4 5
22. Preferiría ser adulto a ser niño	1 2 3 4 5
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás	1 2 3 4 5
24. Me gustaría ser otra persona	1 2 3 4 5
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso	1 2 3 4 5
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	1 2 3 4 5
27. Me siento incapaz	1 2 3 4 5
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	1 2 3 4 5
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	1 2 3 4 5
30. Tengo amigos íntimos	1 2 3 4 5
31. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada	1 2 3 4 5
32. No sé qué es lo que ocurre en mi interior	1 2 3 4 5
33. Me cuesta expresar mis emociones a los demás	1 2 3 4 5
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas	1 2 3 4 5
36. Me fastidia no ser el mejor en todo	1 2 3 4 5
37. Me siento seguro de mí mismo	

38. Suelo pensar en darme un atracón	1 2 3 4 5
39. Me alegra haber dejado de ser un niño	1 2 3 4 5
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no	1 2 3 4 5
41. Tengo mala opinión de mí	1 2 3 4 5
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos	1 2 3 4 5
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes	1 2 3 4 5
44. Temo no poder controlar mis sentimientos	1 2 3 4 5
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas	1 2 3 4 5
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	1 2 3 4 5
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños	1 2 3 4 5
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	1 2 3 4 5
50. Me considero una persona valiosa	1 2 3 4 5
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado	1 2 3 4 5
53. Pienso en vomitar para perder peso	1 2 3 4 5
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado	1 2 3 4 5
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	1 2 3 4 5
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior	1 2 3 4 5
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	1 2 3 4 5
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	1 2 3 4 5
59. Creo que mi trasero es demasiado grande	1 2 3 4 5
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	1 2 3 4 5
61. Como o bebo a escondidas	1 2 3 4 5
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	1 2 3 4 5
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos	1 2 3 4 5
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer	1 2 3 4 5
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome	1 2 3 4 5
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas	1 2 3 4 5
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable	1 2 3 4 5
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales	1 2 3 4 5
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo	1 2 3 4 5
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento	1 2 3 4 5
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer	1 2 3 4 5
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	1 2 3 4 5
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente	1 2 3 4 5
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado	1 2 3 4 5
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente	1 2 3 4 5
76. La gente comprende mis verdaderos problemas	1 2 3 4 5
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza	1 2 3 4 5
78. Comer por placer es signo de debilidad moral	1 2 3 4 5
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira	1 2 3 4 5
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco	1 2 3 4 5
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	1 2 3 4 5
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo	1 2 3 4 5
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad	1 2 3 4 5
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal	1 2 3 4 5
85. Tengo cambios de humor bruscos	1 2 3 4 5
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo	1 2 3 4 5
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	1 2 3 4 5
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor	1 2 3 4 5
89. Sé que la gente me aprecia	1 2 3 4 5
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás a mí mismo	1 2 3 4 5
91. Creo que realmente sé quién soy	1 2 3 4 5

Inventario de Depresión de Beck

(Beck Depression Inventory, BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- ☐ Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- ☐ No me encuentro triste
- ☐ Me siento algo triste y deprimido
- ☐ Ya no puedo soportar esta pena
- ☐ Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- ☐ Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- ☐ Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- ☐ No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- ☐ No espero nada bueno de la vida
- ☐ No espero nada.
- ☐ Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- ☐ He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- ☐ He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- ☐ Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- ☐ No me considero fracasado
- ☐ Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- ☐ Ya nada me llena
- ☐ Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- ☐ Ya no me divierte lo que antes me divertía
- ☐ No estoy especialmente insatisfecho
- ☐ Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- ☐ A veces me siento despreciable y mala persona
- ☐ Me siento bastante culpable
- ☐ Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- ☐ Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- ☐ No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- ☐ Presiento que algo malo me puede suceder
- ☐ Siento que merezco ser castigado
- ☐ No pienso que esté siendo castigado
- ☐ Siento que me están castigando o me castigarán
- ☐ Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- ☐ Estoy descontento conmigo mismo
- ☐ No me aprecio
- ☐ Me odio (me desprecio)
- ☐ Estoy asqueado de mí
- ☐ Estoy satisfecho de mí mismo

<p>8. Autoacusación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No creo ser peor que otros <input type="radio"/> Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal <input type="radio"/> Me siento culpable de todo lo malo que ocurre <input type="radio"/> Siento que tengo muchos y muy graves defectos <input type="radio"/> Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
<p>9. Impulsos suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tengo pensamientos de hacerme daño pero no llegaría a hacerlo <input type="radio"/> Siento que estaría mejor muerto <input type="radio"/> Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera <input type="radio"/> Tengo planes decididos de suicidarme <input type="radio"/> Me mataría si pudiera <input type="radio"/> No tengo pensamientos de hacerme daño
<p>10. Períodos de llanto</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No lloro más de lo habitual <input type="radio"/> Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo <input type="radio"/> Ahora lloro continuamente. <input type="radio"/> No puedo evitarlo <input type="radio"/> Ahora lloro más de lo normal
<p>11. Irritabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente <input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes <input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
<p>12. Aislamiento social</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto <input type="radio"/> Me intereso por la gente menos que antes <input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás <input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
<p>13. Indecisión</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones <input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
<p>14. Imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado <input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo <input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes <input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
<p>15. Capacidad laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
<p>16. Trastornos del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Duermo tan bien como antes <input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana <input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir <input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche <input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme

<ul style="list-style-type: none"> ○ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas ○ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas ○ No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
<p>17. Cansancio</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Me canso más fácilmente que antes ○ Cualquier cosa que hago me fatiga ○ No me canso más de lo normal ○ Me canso tanto que no puedo hacer nada
<p>18. Pérdida de apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ He perdido totalmente el apetito ○ Mi apetito no es tan bueno como antes ○ Mi apetito es ahora mucho menor ○ Tengo el mismo apetito de siempre
<p>19. Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido peso últimamente ○ He perdido más de 2,5 kg ○ He perdido más de 5 kg ○ He perdido más de 7,5 kg
<p>20. Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas ○ Estoy preocupado por dolores y trastornos ○ No me preocupa mi salud más de lo normal ○ Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
<p>21. Libido</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy menos interesado por el sexo que antes ○ He perdido todo mi interés por el sexo ○ Apenas me siento atraído sexualmente ○ No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO
(STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY, STAI)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. AHORA MISMO en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3

18.Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19.Me siento alegre	0	1	2	3
20.En este momento me siento bien	0	1	2	3

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan correctamente para describir uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3

34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EAR)

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo

B. De acuerdo

C. En desacuerdo

D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS (RAS)

Indica mediante las respuestas apropiadas, hasta que punto te describen o caracterizan cada una de las afirmaciones que te mostramos a continuación.

Califica cada una de las frases con alguna de las siguientes respuestas:

A: Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

B: Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

C: Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.

D: Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.

E: Bastante poco característico de mí, no descriptivo.

F: Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

	A	B	C	D	E	F
1. Mucha gente parece ser más agresiva que yo.						
2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.						
3. Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo al camarero.						
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.						
5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir NO.						
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.						
7. Hay veces en que provoco abiertamente una discusión.						
8. Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.						
9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.						
10. Disfruto entablado conversación con conocidos y extraños .						
11. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.						
12. Rehuyo telefonear a instituciones y empresas.						
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas.						
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.						
15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.						
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto.						
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.						
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.						
19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.						
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.						
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.						

22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, lo/la busco cuanto antes para dejar las cosas claras.						
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir NO.						
24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.						
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.						
26. Cuando me alaban con frecuencia, suelo desconfiar y no sé que responder.						
27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.						
28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.						
29. Expreso mis opiniones con facilidad.						
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.						

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO DE 20 ELEMENTOS (TAS-20)

Señale, con un círculo, el grado en que estas características se ajusten a su modo de ser habitual. En caso de equivocarse tache con una cruz y ponga un círculo en la opción correcta. Conteste lo más sinceramente posible.

Valores:

-3: Muy en desacuerdo

-2: En desacuerdo

-1: Ligeramente en desacuerdo

+1: Ligeramente de acuerdo

+2: De acuerdo

+3: Muy de acuerdo

1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo	-3	-2	-1	1	2	3
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	-3	-2	-1	1	2	3
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	-3	-2	-1	1	2	3
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente	-3	-2	-1	1	2	3
5. Prefiero analizar los problemas mejor que solo describirlos	-3	-2	-1	1	2	3
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado	-3	-2	-1	1	2	3
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo	-3	-2	-1	1	2	3
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo	-3	-2	-1	1	2	3
9. Tengo sentimientos que casi no puede identificar	-3	-2	-1	1	2	3
10. Estar en contacto con las emociones es esencial	-3	-2	-1	1	2	3
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	-3	-2	-1	1	2	3
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos	-3	-2	-1	1	2	3
13. No sé qué pasa dentro de mí	-3	-2	-1	1	2	3
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado	-3	-2	-1	1	2	3
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	-3	-2	-1	1	2	3
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos	-3	-2	-1	1	2	3
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	-3	-2	-1	1	2	3
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio	-3	-2	-1	1	2	3
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	-3	-2	-1	1	2	3
20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos	-3	-2	-1	1	2	3

ESTILOS PARENTALES

(PARENTAL BONDING INSTRUMENT)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres. Responda dentro del paréntesis en base a como usted recuerde a su padre-madre.

3= Siempre

2= Algunas veces

1= Rara vez

0= Nunca

	PADRE	MADRE
1. Hablaba conmigo en voz calida y amigable.		
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba.		
3. Me dejaba hacer lo que a mí me gustaba.		
4. Parecía emocionalmente frío(a) conmigo.		
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones.		
6. Era cariñoso(a) conmigo.		
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones.		
8. No quería que yo creciera.		
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.		
10. Invadía mi privacidad.		
11. Disfrutaba hablar conmigo.		
12. Frecuente me sonreía.		
13. Me consentía.		
14. Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba.		
15. Me dejaba tomar mis propias decisiones.		
16. Me hacía sentir que no me quería.		
17. Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustado.		
18. No hablaba mucho conmigo.		
19. Trataba de que yo dependiera de él o de ella.		
20. Sentía que no me podía cuidar solo, si él o ella no estaban cerca.		
21. Me daba tanta libertad como yo quería.		
22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería.		
23. Fue sobreprotector(a) conmigo.		
24. No me alababa.		
25. Me dejaban vestir como yo quería.		

CUESTIONARIO (AQ)

NOMBRE _____ FECHA _____

A continuación, encontrará una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar. Léalas atentamente y decida si está de acuerdo o no con cada una de ellas. Rodee con un círculo la alternativa que mejor crea que corresponde con su forma de pensar o sentir, siguiendo para ello esta escala:

1	2	3	4	5
completamente FALSO para mí	bastante FALSO para mí	ni VERDADERO ni FALSO para mí	bastante VERDADERO para mí	completamente VERDADERO para mí

1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	1 2 3 4 5
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos	1 2 3 4 5
3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida	1 2 3 4 5
4. A veces soy bastante envidioso	1 2 3 4 5
5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona	1 2 3 4 5
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente	1 2 3 4 5
7. Cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación	1 2 3 4 5
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente	1 2 3 4 5
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también	1 2 3 4 5
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos	1 2 3 4 5
11. Algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar	1 2 3 4 5
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades	1 2 3 4 5
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal	1 2 3 4 5

14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos.	1 2 3 4 5
15. Soy una persona apacible	1 2 3 4 5
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas personas	1 2 3 4 5
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago	1 2 3 4 5
18. Mis amigos dicen que discuto mucho	1 2 3 4 5
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	1 2 3 4 5
20. Sé que mis amigos me critican a mis espaldas	1 2 3 4 5
21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos	1 2 3 4 5
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón	1 2 3 4 5
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables	1 2 3 4 5
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona	1 2 3 4 5
25. Tengo dificultades para controlar mi genio	1 2 3 4 5
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas	1 2 3 4 5
27. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrá	1 2 3 4 5
28. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas	1 2 3 4 5

ESCALA I. DE PLUTCHNIK

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones. Señale en los recuadros de la derecha la respuesta que se ajuste a su caso.

	Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. ¿Le resulta difícil esperar en una cola?				
2. ¿Hace cosas impulsivamente?				
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?				
4. ¿Planea cosas con anticipación?				
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?				
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?				
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?				
8. ¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?				
9. ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?				
10. ¿Es usted impulsivo/a?				
11. ¿Termina las cosas que empieza?				
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?				
13. ¿Se distrae fácilmente?				
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?				
15. ¿Es usted cuidadoso o cauteloso?				

PERFIL DE SALUD DE NOTTHINGNAM

A continuación verá algunos de los problemas que la gente puede tener en su vida diaria. Lea atentamente la lista de problemas. En cada problema, si usted lo tiene, marque la casilla “SI” y si usted no tiene ese problema marque la casilla “NO”. Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está muy seguro/a de contestar “SÍ” o “NO”, señale la respuesta que crea que es más cierta en la actualidad.

1 - Siempre estoy fatigado.	SI	NO
2 - Tengo dolor por las noches.	SI	NO
3 - Las cosas me deprimen.	SI	NO
4 - Tengo un dolor insoportable.	SI	NO
5 - Tomo pastillas para dormir.	SI	NO
6 - He olvidado qué es pasarlo bien.	SI	NO
7 - Tengo los nervios de punta.	SI	NO
8 - Tengo dolor al cambiar de postura.	SI	NO
9 - Me encuentro solo.	SI	NO
10 - Solo puedo andar dentro de casa.	SI	NO
11 - Me cuesta agacharme.	SI	NO
12 - Todo me cuesta un esfuerzo.	SI	NO
13 - Me despierto antes de hora.	SI	NO
14 - Soy totalmente incapaz de andar.	SI	NO
15 - Últimamente me resulta difícil contactar con la gente.	SI	NO
16 - Los días se me hacen interminables.	SI	NO
17 - Me cuesta subir y bajar escaleras.	SI	NO
18 - Me cuesta coger las cosas.	SI	NO
19 - Tengo dolor al andar.	SI	NO
20 - Últimamente me enfado con facilidad.	SI	NO
21 - Creo que soy una carga para los demás.	SI	NO
22 - Me paso la mayor parte de la noche despierto/a.	SI	NO
23 - Siento que estoy perdiendo el control de mi mismo/a.	SI	NO
24 - Tengo dolor cuando estoy de pie.	SI	NO
25 - Me cuesta vestirme.	SI	NO
26 - Enseguida me quedo sin fuerzas	SI	NO
27 - Me cuesta estar de pie mucho rato (ejemplo: haciendo cola, etc.)	SI	NO
28 - Tengo dolor constantemente.	SI	NO
29 - Me cuesta mucho vestirme.	SI	NO
30 - Creo que no tengo a nadie en quién confiar.	SI	NO
31 - Las preocupaciones me desvelan por la noche.	SI	NO
32 - Creo que no vale la pena vivir. .	SI	NO
33 - Duermo mal por las noches.	SI	NO
34 - Me cuesta llevarme bien con la gente.	SI	NO
35 - Necesito ayuda para caminar fuera de casa (ejemplo: bastón, muletas o alguien que me ayude.	SI	NO
36 - Tengo dolor al subir y bajar escaleras.	SI	NO
37 - Me despierto desanimado.	SI	NO
38 - Tengo dolor cuando estoy sentado/a.	SI	NO

CUESTIONARIO DUKE-UNC

Apoyo social percibido.

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario de autoadministrado.

Instrucciones:

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1	2	3	4	5

1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación <32, para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo).

ANXIETY SENSITIVITY INDEX—3 (ASI-3)

ASI-3

Fecha..... Edad..... Sexo: ___ Mujer ___ Varón

Conteste rodeando con un círculo el número (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje su experiencia con lo que se indica en cada uno de los enunciados. Si algo de lo que se dice no lo ha sentido o experimentado nunca (p. ej. desmayarse en público), conteste como usted crea que se sentiría si realmente le hubiera ocurrido.

Responda a todos los enunciados teniendo en cuenta la siguiente valoración:

0	1	2	3	4
Nada o casi nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a.	0-1-2-3-4
2. Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a.	0-1-2-3-4
3. Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida.	0-1-2-3-4
4. Cuando siento malestar en el estómago, me preocupa estar seriamente enfermo/a.	0-1-2-3-4
5. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea.	0-1-2-3-4
6. Cuando tiemblo en presencia de otras personas, me da miedo lo que puedan pensar de mí.	0-1-2-3-4
7. Cuando siento opresión en el pecho, me asusta no poder respirar bien.	0-1-2-3-4
8. Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que vaya a darme un ataque cardíaco.	0-1-2-3-4
9. Me preocupa que otras personas noten mi ansiedad.	0-1-2-3-4
10. Cuando tengo la sensación de que las cosas no son reales, me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a.	0-1-2-3-4
11. Tengo miedo a sonrojarme delante de la gente.	0-1-2-3-4
12. Cuando noto que mi corazón da un salto o late de forma irregular, me preocupa que algo grave me esté ocurriendo.	0-1-2-3-4
13. Cuando comienzo a sudar en una situación social, me da miedo que la gente piense negativamente de mí.	0-1-2-3-4
14. Cuando mis pensamientos parecen acelerarse, me preocupa que pueda volverme loco/a.	0-1-2-3-4
15. Cuando siento opresión en la garganta, me preocupa que pueda atragantarme y morir.	0-1-2-3-4
16. Cuando me resulta difícil pensar con claridad, me preocupa que me esté ocurriendo algo grave.	0-1-2-3-4
17. Pienso que me resultaría horrible si me desmayase en público.	0-1-2-3-4
18. Cuando mi mente se queda en blanco, me preocupa que me esté ocurriendo algo terriblemente malo	0-1-2-3-4

